

Année 1909

THÈSE

N°

448

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 23 juillet 1909, à 1 heure

Par M. Jean CHEVALIER

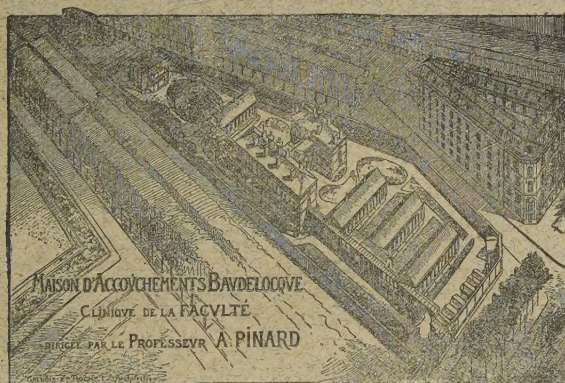
Né à Plouër (Côtes-du-Nord), le 20 juillet 1884

THÉRAPEUTIQUE

DES

Présentations persistantes du Front.

(Service de M. le Professeur PINARD)



Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. WALLICH,

POTOCKI,

COUVELAIRE,

} agrégés.

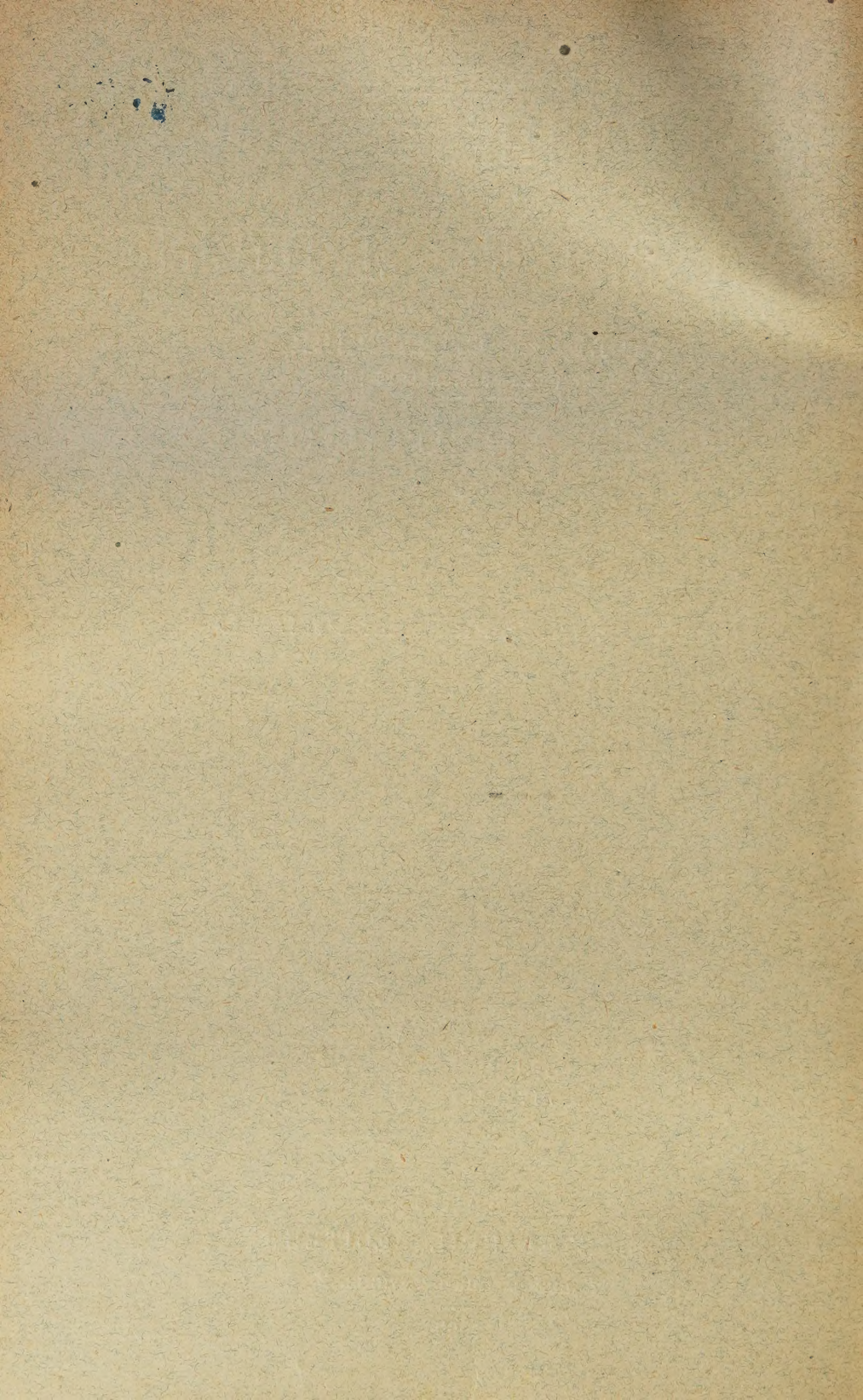
PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1909

126



Année 1909

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 23 juillet 1909, à 1 heure

Par M. Jean CHEVALIER

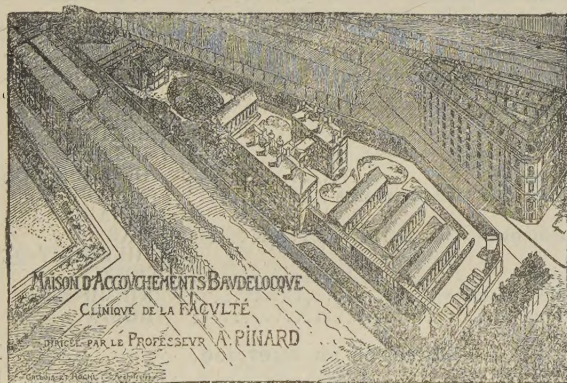
Né à Plouër (Côtes-du-Nord), le 20 juillet 1881

THÉRAPEUTIQUE

DES

Présentations persistantes du Front

(Service de M. le Professeur PINARD)



Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. WALLICH,
POTOCKI,
COUVELAIRE, } agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. LANDOUZY.

Professeurs MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	{ DEJERINE.
	{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	JANNELONGUE
Anatomie pathologique	MARIE (PIERRE).
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	{ HAYEM.
Clinique médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ HUTINEL
Clinique des maladies des enfants	BALLET (GILBERT)
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	QUENU.
Clinique chirurgicale	{ RECLUS
	{ SEGOND.
	{ DELBET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	{ PINARD.
Clinique d'accouchements	{ BAR.
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECÈNE.	OMBRÉDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RÈNON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le PROFESSEUR PINARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Depuis quatre ans que M. le professeur Pinard nous a fait l'honneur de nous accueillir dans son service de la Clinique Baudelocque, comme stagiaire, puis comme externe, enfin comme répétiteur, nous avons pu, étant donné le vaste champ d'expérience qui nous était ouvert, observer nous-même plusieurs cas de présentation du front. Les uns se terminaient par une expulsion spontanée du produit de conception, les autres nécessitaient les interventions les plus diverses, tantôt purement obstétricales : applications de forceps, basiotripsies ; les autres chirurgicales : symphyséotomies et opérations césariennes.

La diversité et la gravité de ces interventions comparées à la bénignité relative de l'accouchement spontané ont attiré notre attention.

Etudier ces présentations du front, préciser les circonstances dans lesquelles l'accoucheur doit s'abstenir de venir en aide à la nature ou de modifier les conditions d'un mécanisme particulier, établir au contraire les indications à une intervention, prendre une sage détermination et savoir à quelle intervention avoir recours, voilà autant de problèmes passionnants que notre maître M. le professeur Pinard nous a appris à envisager avec calme et sagesse.

C'est progressivement que dans les dystocies par présentation du front il est arrivé à préconiser sa thérapeutique actuelle. Il a, grâce aux progrès de la chirurgie appliquée à

l'obstétrique, fait bénéficier la grave dystocie de la présentation du front des avantages successifs de la symphyséotomie, puis de l'opération césarienne.

Ses résultats nous ont convaincu.

Et c'est pourquoi nous avons plaisir aujourd'hui à entreprendre avec les riches documents de la Clinique Baudelocque, mis à notre disposition par notre maître, l'étude de la *Thérapeutique des présentations persistantes du front*.

Mais avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous nous faisons un plaisir et un devoir de témoigner hautement toute notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont accueilli avec tant de bienveillance dans leurs services et nous ont prodigué avec tant de bonté leur enseignement et leurs conseils, fruits d'une longue expérience. Les professeurs de l'Ecole de médecine de Rennes : MM. les docteurs Dayot, Bertheux, Le Moniet nous ont initié dans leurs services aux premières pratiques de la chirurgie et aux premières connaissances médicales.

L'année que nous avons passée dans le service de M. le professeur Le Dentu fut pour nous pleine de fruits et nous devons particulièrement un tribut de reconnaissance au D^r Mauclaire, agrégé, chirurgien des hôpitaux et au D^r Baudet, chirurgien des hôpitaux, alors assistant et chef de clinique du professeur Le Dentu dans sa Clinique de l'Hôtel-Dieu.

Nous devons à M. le professeur Reclus un double témoignage de gratitude, car non seulement nous avons pu comme externe dans son service profiter de ses magistrales leçons, mais comme malade, nous avons bénéficié de la sûreté de son diagnostic et de son habileté opératoire : nous lui devons la vie.

Depuis 1905 nous avons suivi le service de M. le professeur Pinard à la Clinique Baudelocque, comme stagiaire de la

Faculté, puis comme remplaçant d'externe (1905-1906) ; comme externe (1906-1907) ; comme répétiteur (1907-1909).

Pendant ces quatre années nous avons pu apprécier la bienveillance de notre maître et la haute valeur scientifique de son enseignement. Nous avons appris à son école la pratique rationnelle de l'obstétrique. Mais notre maître nous a aussi enseigné que le rôle de l'accoucheur n'est pas seulement de surveiller une parturiente et d'intervenir au moment opportun ; il nous a montré que l'obstétricien doit se doubler d'un puériculteur, que sa tâche est donc beaucoup plus vaste et que c'est quelquefois avant la fécondation, toujours pendant la gestation, souvent après l'accouchement que son rôle est le plus important. En suivant ses conseils, la femme pourra mettre au monde des êtres qui, après une vie intra-utérine complète, auront un maximum de vitalité et qui par cela même seront plus aptes à jouer dans la société leur rôle, tant au point de vue physique que moral et intellectuel. Nous n'oublierons jamais ses précieuses leçons, et suivant ses conseils nous nous efforcerons de nous conduire toujours d'après notre conscience et guidé par l'idée du devoir.

MM. Wallich, agrégé et Couvelaire, agrégé et accoucheur des hôpitaux, ont contribué par leurs leçons claires et brillantes à notre éducation obstétricale ; nous leur en sommes particulièrement obligé.

Le docteur Mouchotte, en nous initiant à la technique opératoire et en nous familiarisant avec des interventions chirurgicales de plus en plus fréquentes en obstétrique, nous a rendu plus aptes à mettre en pratique les leçons de notre maître. Il nous a témoigné tant de bienveillance pendant les trois années de son clinicat que nous avons le plus grand plaisir à lui

exprimer ici toute notre gratitude. Il nous a honoré de son amitié : dans maintes circonstances nous en eûmes des preuves. Il peut compter, comme maître, sur notre infinie reconnaissance, comme ami, sur notre entier dévouement.

DIVISION DU SUJET

Nous occupant de la *thérapeutique des présentations persistantes du front*, nous ne donnerons qu'un résumé des différentes théories concernant le mécanisme de cette présentation après avoir défini et caractérisé celle-ci tout d'abord. Ce sera la première partie.

Dans une deuxième partie nous envisagerons les indications thérapeutiques suivant que l'*enfant est vivant* (chapitre I^{er}) ou que l'*enfant est mort* (chapitre II).

Dans le chapitre I^{er} consacré à l'*enfant vivant*, nous étudierons successivement la conduite à tenir :

- a) Quand la tête est engagée ;
- b) Quand elle demeure au-dessus du détroit supérieur.

Dans le chapitre II, l'*enfant étant mort*, il ne sera question que d'opération fœtale réductrice.

Nous formulerons pour terminer nos conclusions qui résument les règles thérapeutiques adoptées par notre maître M. le Professeur Pinard.

PREMIÈRE PARTIE

DÉFINITION. — THÉORIES

§ 1. — Définition.

Pendant longtemps les présentations du front ont été considérées comme des variétés frontales des présentations du sommet ou de la face. Elles méritent cependant de constituer une classe spéciale. Tout est en effet caractéristique dans le mode d'engagement, de dégagement, et les parties accessibles au toucher. Les complications et les accidents particuliers à cette présentation qui sont si fréquemment observés suffiraient seuls à la caractériser.

Une définition exacte est bien difficile à donner, autrement que par l'exposé des constatations cliniques qui la différencient des deux autres modes de présentation de la tête fœtale, celles du sommet et de la face.

Le palper permet de constater que la tête qui s'engage ou est engagée est défléchie, en effet l'extrémité de la sphère céphalique le plus facilement accessible est située du même côté que le plan du dos du fœtus, dont elle est séparée par un sillon plus ou moins profond. Ces constatations ne diffèrent en rien de celles que l'on fait dans une présentation de la face.

Le toucher fournit des renseignements qui permettent de ne pas hésiter entre un diagnostic de présentation de la face et de présentation du front.

Le doigt explorateur arrive en effet facilement sur la fontanelle antérieure, le front, les yeux, le nez, le rebord du maxillaire supérieur. La présentation de la face offre les mêmes particularités mais ce qui les différencie l'une de l'autre c'est que dans une présentation de la face, *le menton est toujours accessible, dans une présentation du front, le toucher digital ne permettra jamais d'atteindre le menton.*

Dans la présentation du sommet, on arrive toujours sur la fontanelle postérieure, évidemment inaccessible dans la présentation du front.

Le mode de dégagement dont il sera question plus loin est tout aussi spécial. Dans la présentation de la face, *le menton sort en avant de la symphyse* et le mouvement de dégagement se fait suivant les diamètres sous-mentaux. Dans la présentation du front *le menton reste dans l'excavation* et le dégagement s'opère suivant les diamètres sous-nasaux, sus-nasaux ou buccaux.

§ 2. — Théories et mécanisme.

Comme nous l'avons indiqué dans notre avant-propos nous n'insisterons pas sur le mécanisme de l'engagement dans les présentations du front. La question a été mise au point par Aug. Pollosson dans son travail publié dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* en mars 1892.

Nous ne ferons que citer la théorie de Madame Lachapelle, pour laquelle le diamètre occipito-mentonnier s'engageait parallèlement au plan du détroit supérieur.

Pour Mangiagalli, l'engagement du diamètre occipito-mentonnier se fait obliquement, l'extrémité mentonnière descendant avant l'extrémité occipitale dans l'excavation.

Marchionneschi (*Annali di Ostetrica*, 1884) admet la théorie de l'engagement de Mangiagalli, mais pour expliquer le dégagement particulier de la tête, il admet que le menton descendu le premier remonte pour permettre à l'occiput de passer au-dessous du détroit supérieur.

Cette théorie est reprise par Blanc qui en 1886 expose dans les *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie* les deux descentes, et la bascule des deux extrémités de la tige occipito-mentonnaire, séparées par l'ascension du menton. Théorie qui peut se résumer ainsi : la tête commence à s'engager comme dans une présentation de la face, puis remonte au-dessus du détroit supérieur pour redescendre en front dans l'excavation.

Pour M. Devars (Thèse de Lyon, 1885), le mode de descente est le même, le menton le premier, mais le mouvement de bascule de la tige occipito-mentonnaire ne se fait plus au-dessus du détroit supérieur, mais bien dans l'excavation grâce à la rétropulsion du coccyx.

Mais il est mécaniquement impossible que le diamètre occipito-mentonnier puisse basculer dans l'excavation, l'occiput ayant encore à balayer une certaine étendue de la face antérieure du sacrum avant de bénéficier de la rétropulsion du coccyx.

Toutes ces théories ne sont d'ailleurs point en rapport avec les observations cliniques et jamais n'ont été signalées ni les deux descentes et l'ascension du menton de Marchionneschi et Blanc, ni la bascule du diamètre occipito-mentonnier dans l'excavation de Devars.

Mais en plus comme le dit Pollosson : « Le triangle occipito-fronto-mentonnier descendant comme le décrit Mangiagalli ne

constitue pas une présentation du front mais une présentation de la face. »

Rien ne s'oppose en effet, dans la position qu'occupe la tête à ce que le doigt explorateur arrive sur la bouche et le menton, ces deux parties s'engageant les premières doivent en effet être situées assez bas contre la paroi pelvienne et l'exploration digitale doit permettre de les découvrir.

Car nous avons vu dans notre définition que c'est justement l'impossibilité d'arriver sur le menton qui caractérise la présentation définitive du front et la différencie de la présentation de la face.

Pour Pollosson, et nous croyons que personne ne discute à l'heure actuelle sa théorie, le diamètre occipito-mentonnier s'engage bien obliquement dans l'excavation, mais c'est l'extrémité occipitale du diamètre qui y pénètre la première et l'obliquité de ce diamètre est minima. Il n'y a pas d'impossibilité matérielle à ce qu'il en soit ainsi et cette position, qui ne se modifiera pas jusqu'au moment de l'expulsion et ne fera même que s'ancrer plus solidement grâce aux déformations plastiques que subira la tête fœtale, rend très bien compte des sensations recueillies par le toucher et de l'inaccessibilité de la bouche et du menton.

La descente de la tête est possible et le dégagement se fera très simplement par un mouvement de rotation qui permettra aux diamètres sous-nasaux de la tête de basculer dans l'excavation.

Le mode d'engagement se rapprochera donc plus de celui du sommet que de celui de la face, mais les différences nous semblent faciles à caractériser.

Considérons une tête fœtale mobile au-dessus du détroit su-

périeur, n'ayant aucune tendance à pénétrer dans l'excavation. Sous l'influence des contractions utérines elle tendra à s'engager et pour y arriver elle se fléchira ou se défléchira. Nous considérerons quelles positions occuperont les diamètres occipito-mentonnier, et fronto-occipital maximum. Quand la tête est à l'état de repos si l'on peut dire, le diamètre occipito-frontal est parallèle au plan du détroit supérieur et le diamètre occipito-mentonnier oblique par rapport au même plan.

Si la tête se fléchit, la tige occipito-mentonnière devient presque perpendiculaire au plan du détroit supérieur et tend à se confondre avec l'axe de la filière pelvienne ; le diamètre occipito-frontal de parallèle est devenu oblique, et l'extrémité occipitale la plus déclive pénétrera la première dans l'excavation, et la fontanelle postérieure sera au centre du bassin, signe distinctif de la présentation du sommet.

Si au contraire la tête se défléchit, la tige occipito-mentonnière tend à devenir parallèle au plan du détroit supérieur, son obliquité diminue. Si nous considérons le diamètre avant qu'il ne soit devenu tout à fait parallèle, l'extrémité occipitale va descendre la première dans l'excavation, mais elle sera loin d'occuper la même situation que dans la présentation du sommet. Considérons maintenant le diamètre occipito-frontal maximum. C'est ici l'extrémité frontale la plus bas située qui descendra avant l'extrémité occipitale. Nous aurons une présentation du front avec tous ses caractères distinctifs. Si la déflexion augmente, le diamètre occipito-mentonnier deviendra parallèle au plan du détroit supérieur, nous savons que dans cette situation l'engagement est impossible, la tête continuant à se défléchir, le diamètre qui nous intéresse redeviendra

oblique et la tête pourra descendre dans l'excavation, mais le menton le premier : présentation de la face.

Il est maintenant facile de voir qu'une présentation du front ne peut se transformer en présentation de la face ou du sommet dans l'excavation que dans des cas exceptionnels. Pour se transformer en face il faudrait qu'une tête engagée en présentation du front puisse basculer dans l'excavation et que la tête se défléchissant le menton vienne occuper le point déclive ; or nous savons qu'il est matériellement impossible au diamètre occipito-mentonnier de basculer dans l'excavation. Pareille chose ne peut se produire que quand la tête fœtale est très petite ou le bassin très large. Dans les cas normaux il sera donc absolument irrationnel d'essayer de provoquer ce mouvement de bascule dans une présentation du front. Cette manœuvre ne peut être possible que quand la tête est encore au-dessus du détroit supérieur.

La transformation d'une présentation du front en présentation du sommet est tout aussi illusoire. Il faudrait que la tête bascule en se fléchissant et que le diamètre occipito-frontal maximum puisse évoluer toujours dans l'excavation. La chose ne paraît pas impossible d'abord. Ce diamètre mesure d'après Pollosson 12 centimètres et pourrait basculer dans l'excavation, mais ces 12 centimètres mesurent le diamètre sur une tête normale et c'est ici qu'interviennent les déformations plastiques si caractéristiques de la présentation du front.

Ces déformations dues à un véritable modelage de la tête fœtale sur la filière pelvienne ont fait admettre par certains auteurs, entre autres Auvard et Fochier, que le diamètre maximum occipito-mentonnier peut engager indifféremment l'une ou l'autre de ses extrémités, nous verrons qu'il n'en est rien.

Voyons d'abord en quoi elles consistent. Toute déformation de la tête fœtale survenue pendant l'accouchement reconnaît pour cause l'inégalité des pressions exercées sur les différents points de la sphère céphalique, pressions dues à la résistance variable opposée à la progression de la tête par le bassin osseux et par le bassin mou.

La pression sera maximum en effet aux points de contact de la partie fœtale avec les parois pelviennes et minimum au sommet de la présentation qui sera situé dans l'axe du bassin. Dans la présentation du front les diamètres parallèles à l'axe du bassin auront tendance à diminuer, la partie inférieure du front, les maxillaires supérieur et inférieur se rapprocheront de l'occiput, et comme ce dernier est plus malléable que le massif facial, il y aura un aplatissement de la région syncipitale et de l'occipital dans sa partie inférieure. Le front au contraire bombera dans l'excavation et la partie inférieure de l'occipital sera rejetée en arrière. Et c'est cette augmentation du diamètre fronto-sous-occipital qui deviendra après l'engagement le diamètre maximum qui empêchera la tête de basculer dans l'excavation et de se présenter par le sommet en se fléchissant.

Quelle part doit-on attribuer dans les déformations plastiques de la tête fœtale, au bassin osseux et au bassin mou ?

Pour Pollosson, c'est le bassin mou qui modèle surtout la tête au moment du dégagement. Il s'appuie sur le fait évident que certaines déformations caractéristiques surviennent dans la présentation du sommet, alors que la tête ne lutte généralement pas avec le bassin osseux. Il cite en outre une observation d'une multipare chez laquelle la descente s'effectua en

trois heures et dont l'enfant extrait par le forceps ne présentait aucune déformation caractéristique.

Nous ne partageons pas entièrement son avis, il ne nous vient pas à l'esprit de nier les déformations produites par le bassin mou, mais nous croyons que c'est au niveau du détroit supérieur que la tête subit les modifications plastiques les plus importantes, nous n'en voulons comme preuve que les deux faits cliniques rapportés dans les observations communiquées à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie* par notre maître le professeur Pinard, puis par le Dr Mouchotte (observations que nous reproduisons intégralement).

Dans ces deux observations nous voyons que les femmes présentaient toutes deux un rétrécissement du bassin peu accusé, la première avait un promontoire accessible, la deuxième un diamètre promonto-sous-pubien de 10 cent. 6. Chez ces deux femmes la tête fœtale ne s'est pas engagée, le front a pénétré dans la partie haute de l'excavation (1^{re} observation) ; dans la deuxième le palper et le toucher combinés permettent de délimiter au-dessus de l'aire du détroit supérieur une portion de la sphère céphalique. Les têtes de ces deux enfants n'avaient donc eu à lutter que contre le bassin osseux. Or ces deux enfants extraits par la voie haute présentaient les déformations caractéristiques et très accusées que l'on remarque dans les présentations du front, comme on peut s'en rendre compte d'après la figure représentée dans l'observation 26. Nous voyons d'ailleurs signalé dans toutes les observations le développement d'une bosse séro-sanguine volumineuse alors que la tête est encore au-dessus du détroit supérieur.

M. Wallich avait d'ailleurs signalé ce fait dans sa communication de janvier 1902 à la *Société d'obstétrique, de gynéco-*

logie et de pædiatrie. « Les déformations plastiques qui caractérisent la présentation du front peuvent se produire dès le détroit supérieur puisqu'on les retrouve dans un certain nombre de cas, traités par la symphyséotomie, et que cette opération a été pratiquée alors que la tête était retenue et arrêtée au-dessus de ce détroit. »

Nous pensons donc que le modelage de la tête sur la filière pelvienne se fait surtout au niveau du détroit supérieur, modelage qui ne fait que s'accroître pendant le passage de la tête à travers le bassin mou et au moment du dégagement.

Et la durée du travail et les dimensions respectives de la tête et du bassin influenceront d'une manière indéniable sur les déformations dans la présentation du front.

Tout le monde s'accorde sur le mode de dégagement de la tête en présentation du front. La tête ayant effectué sa rotation la face en avant, la partie la plus saillante de la bosse séro-sanguine apparaît à la vulve, la tête continue à descendre. Les yeux puis le nez apparaissent sous la symphyse pubienne. Dans cette position le maxillaire supérieur vient au contact avec la symphyse et s'archoute contre elle. La tête à ce moment se fléchit et décrit un mouvement de rotation dont le centre est représenté par le bord alvéolaire du maxillaire supérieur. Tous les diamètres sous-nasaux allant à la suture sagittale et à l'occiput se dégagent successivement. Quand le plus grand diamètre sous-naso-occipital a franchi la commissure postérieure de la vulve, alors seulement la tête se défléchissant, la bouche et le menton, jusqu'à ce moment restés dans l'excavation, se dégagent. Dans certains cas, le dégagement se fait d'une façon un peu différente, c'est quand

la bouche du fœtus au lieu du rebord alvéolaire de son maxillaire supérieur est en contact avec la symphyse pubienne, l'enfant au moment du dégagement semble « mordre la symphyse de sa mère ». Fochier, Henricius d'Helsingfors, Budin dans sa thèse en relatent des observations. Nous-même en rapportons un cas. Pareille chose se produit quand la bouche du fœtus est ouverte avant le dégagement de la tête. A quel moment se fait cette ouverture ? Avec Pollosson, nous pensons que c'est au moment de l'engagement : le fait est nettement indiqué dans l'observation de Budin ; et il est vraisemblable d'admettre que le menton s'engageant le dernier et répondant à l'extrémité du plus grand diamètre de la tête dans cette présentation appuie sur le pourtour du détroit supérieur et que cette pression jointe à la progression de la tête détermine l'ouverture de la bouche. Il en résultera une légère modification dans la longueur des diamètres de la tête fœtale, le diamètre occipito-mentonnier maximum sera diminué de 5 millimètres d'après Pollosson, l'engagement sera plus facile. Dans l'excavation, la fontanelle antérieure ne sera plus au centre de l'excavation mais rejetée vers la périphérie, le nez et le maxillaire supérieur seront plus accessibles, mais le menton ne sera jamais touché. Les déformations de la tête seront sensiblement les mêmes. Le dégagement sera facilité, les diamètres intra-buccaux étant plus petits que les diamètres sous-nasaux. Quoi qu'il en soit la physionomie générale de l'accouchement ne sera pas modifiée.

Nous pouvons répéter avec notre maître M. Pinard, pour différencier les présentations de la face et du front, présentations dues toutes deux à la déflexion de la tête, et si longtemps confondues : « *ce qui caractérise la présentation* DE LA

FACE, c'est que le menton s'engage le premier dans l'excavation et se dégage le premier ; il est accessible pendant toute la durée du travail. Dans la présentation DU FRONT le menton descend le dernier dans l'excavation et se dégage le dernier dessous la symphyse, à aucun moment il n'est accessible au doigt explorateur. »

Quelles conditions spéciales peuvent favoriser cette présentation ?

Nous savons que la présentation du front est une présentation du travail et que jamais elle n'a été signalée chez une femme en état de gestation. Donc au début du travail n'existait aucun engagement. Cela s'explique assez facilement pour la plus grande partie des observations ; nous voyons en effet que sur 35 cas, il y a 21 multipares, et même grandes multipares ; en les dénombrant nous trouvons :

6 II pare.

3 III pare.

4 IV pare.

2 VII pare.

1 VIII pare.

1 IX pare.

1 XI pare.

1 XII pare.

Nous savons en effet que le muscle utérin distendu ne récupère pas toute sa tonicité ; que l'utérus, ovoïde lors d'une première grossesse, tend de plus en plus à devenir globuleux ; de là peu ou point de sollicitation à une présentation longitudinale, et surtout à l'engagement.

Pour les primipares on ne peut invoquer la même cause.

Mais nous voyons que presque toutes ces femmes, primipares ou multipares, ont un bassin plus ou moins rétréci.

Dans les 35 observations par nous rassemblées nous trouvons 15 bassins normaux.

Tous les autres bassins sont rétrécis et la plupart le sont légèrement :

1 fois le promontoire est seulement accessible.

8 fois le diamètre promonto-sous-pubien est supérieur à 10.

4 fois le même diamètre est inférieur à 10.

Mais nous voyons que chez les multipares, cette viciation du bassin n'a pas été un obstacle à l'expulsion normale d'enfants à terme et que la présentation du front s'observe dans des bassins normaux. L'étroitesse du bassin ne suffit pas à expliquer le non-engagement et la présentation dystocique.

Nous pensons qu'un autre facteur vient modifier encore les conditions déjà défavorables que nous venons d'exposer, le placenta, le *rétrécissement mou de Fruhinsholz*. Nous savons en effet que l'insertion basse du placenta est la cause la plus fréquente du non-engagement de la tête dans un bassin normal, mais qu'elle n'occasionne qu'une dystocie passagère, la tête fœtale finissant par vaincre la résistance élastique que lui oppose le gâteau placentaire.

Mais dans un bassin vicié il en est autrement, et ce que n'aurait pu amener, séparément, ou un léger rétrécissement du bassin ou un placenta inséré bas, la réunion de ces deux facteurs le provoque. Et non seulement le placenta inséré sur le segment inférieur augmente le rétrécissement du bassin et les difficultés que peut avoir la tête pour pénétrer dans l'excavation, mais il oblige cette dernière à prendre une attitude vicieuse, premier pas vers une présentation définitive du front

qui sera constituée si la tête fœtale est assez malléable pour subir les déformations plastiques nécessaires à un commencement d'engagement.

Dans les 35 observations que nous avons réunies l'insertion du placenta sur le segment inférieur est indiquée 10 fois. Dans 22 observations la mensuration des membranes n'est pas indiquée ou n'a pu être effectuée. Nous relevons seulement 3 cas d'insertion du placenta sur le segment moyen.

Le nombre considérable des grandes multipares que nous voyons dans nos observations vient encore à l'appui de l'idée que nous émettons.

Nous savons en effet qu'une des causes de l'insertion basse du placenta est le mauvais état de la muqueuse utérine. Or l'involution utérine se fait moins vite chez les grandes multipares, surtout chez celles qui, victimes de leur devoir social, quittent l'hôpital après un septenaire et même plus tôt pour reprendre leurs occupations souvent très pénibles, qui empêchent absolument toute tentative d'allaitement maternel. Il est évident que ces malheureuses auront une muqueuse utérine malade et sur laquelle se greffera difficilement et très bas l'ovule fécondé.

Pour résumer la question nous ne pouvons que citer les paroles de notre maître le professeur Pinard : « Aussi serait-ce une exagération d'assigner aux présentations du front un rang d'égalité avec celles du sommet ou de la face. Ces dernières en effet peuvent être observées avec des têtes quelconques et dans des bassins quelconques tandis que le mécanisme spécial des accouchements par le front ne pourra être réalisé que dans des conditions spéciales, il exige certaines dimensions du

bassin et de la tête et surtout une plasticité particulière de cette tête. Ces conditions doivent se trouver réunies. Des relations spéciales entre ces trois facteurs sont absolument nécessaires. » (Professeur Pinard. Communication orale à M. Pollosson. V. WALLICH, *Soc. O. G. P.*, 14 janvier 1902.)

DEUXIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE

CHAPITRE PREMIER

L'ENFANT EST VIVANT

Il convient de distinguer dans ce chapitre de la thérapeutique des présentations persistantes du front lorsque l'enfant est vivant :

- a)* les cas où la tête fœtale est engagée,
- b)* les cas où elle est au-dessus du détroit supérieur.

Ces deux situations si différentes de la tête répondent en effet, si l'expulsion du produit de conception n'est pas spontanée, à des modes d'intervention absolument distincts. Mais avant d'étudier la ligne de conduite à suivre dans ces différents cas, nous ferons une remarque d'une importance capitale.

Il faut avant tout avoir la certitude absolue que l'engagement est réellement effectué et ne pas se fier aux apparences.

Nous savons qu'une bosse séro-sanguine volumineuse se développe, dans les présentations que nous étudions, sur la région frontale. Cette bosse quelquefois énorme peut remplir complètement l'excavation et apparaître même à la vulve alors

que la tête n'est nullement engagée. Le toucher digital permettra de se rendre compte que l'excavation est remplie par une partie fœtale volumineuse. On ne doit point trop se fier à ces renseignements fournis par le toucher ou même par la vue. Le palper abdominal peut être rendu difficile ou impossible par des contractions utérines subintrantes, et même, quand il est possible, une attitude particulière de la tête peut faire croire à un engagement qui n'existe pas. Nous en voyons la preuve dans l'observation suivante.

Obs. 1. — *Tête défléchie.* — *Présentation du front.* — *Période d'expulsion : douze heures.* — *Bassin légèrement vicié (10,9).* — *Symphyséotomie par M. Wallich.* — *Enfant vivant* pesant 3.590 grammes (N° 295 de 1894).

Femme Jol... , 19 ans, blanchisseuse, primipare, entre à la Clinique Baudelocque le 2 janvier 1894, ayant eu ses dernières règles vers le 10 mai. Cette femme ignore à quel âge elle a commencé à marcher, et ne signale dans ses antécédents qu'un rhumatisme articulaire aigu en 1889. On constate un léger souffle systolique à la pointe.

Le squelette paraît normal, mais le promontoire est accessible à 10.9. Le fœtus est vivant, non engagé, se présente par l'extrémité céphalique GT.

Elle perd de l'eau le 7 janvier dans la nuit. On constate par le toucher une masse remplissant la moitié droite du bassin.

Cette femme est conduite à la salle de travail le 20 février, vers 10 heures du matin, et la dilatation n'est complète que le 21 février à 4 heures du matin.

Au moment de la visite, la femme pousse énergiquement, et chaque contraction paraît agir sur le périnée postérieur ; si l'on écarte les lèvres, on peut voir les cheveux. M. Pinard prescrit de faire une application de forceps.

A midi 30, la femme étant anesthésiée, je pratique le toucher

manuel et je trouve une bosse séro-sanguine très développée ; la tête très élevée, mal fléchie, l'oreille postérieure au-dessus du promontoire ; une tentative de flexion de la tête n'est suivie d'aucun résultat.

L'attitude de la tête, dans un état intermédiaire à la flexion et à l'extension, explique le peu de saillie fourni par le front au palper, ce qui donne par ce moyen d'exploration une apparence d'engagement.

Au toucher, la bosse séro-sanguine remplit tellement le vagin, que M. Pinard, qui pratique à 1 h. 40 un nouvel *examen digital*, conseille à nouveau une application de forceps. La femme est de nouveau anesthésiée, et au toucher manuel la tête est trouvée tellement élevée que M. Pinard, instruit de cette circonstance, demande à M. Varnier de voir cette femme et de partager avec moi l'initiative de la conduite à tenir.

A 3 heures, par le toucher manuel, M. Varnier constate que l'oreille est à 5 centimètres au-dessus du promontoire, la suture sagittale à 76 millimètres du bord inférieur de la symphyse, le nez au niveau de l'entrée du bassin. Il s'agit d'une variété frontale persistante, en inclinaison de Nœgelé. La symphyséotomie est décidée.

Je commence la section de la symphyse à 3 h. 7 ; l'écartement est porté à 5 centimètres. A 3 h. 30 application de forceps en droite. Les tractions sont lentes et soutenues ; il y a une grande résistance des parties molles.

L'extraction n'est terminée qu'à 3 h. 48, soit 18 minutes après l'introduction des branches.

L'enfant, une fille de 3.590 grammes, est vivant et présente une tête avec les déformations caractéristiques de la présentation du front.

La prise, quoique solide, n'a pas été régulière ; l'extrémité des cuillers a porté en arrière des oreilles.

On pratique la délivrance artificielle et la suture de la plaie. L'opération est terminée à 4 h. 10.

Suites de couches sans incidents sérieux ; le 28 février, lymphangite du sein gauche, la femme sort guérie le 4 avril.

L'enfant pèse 3.590 grammes et mesure 58 centimètres.

OM	12.8	BIP.	10
OF	12	BIT.	8.7
SOB.	10.9	SMB.	11.2
SOF.	11.6		

Placenta : 460 grammes ; membranes complètes, 35/1.

Il y a un chevauchement très marqué au niveau de toutes les sutures. Les deux pariétaux chevauchent à gauche sur le droit l'occipital chevauche sur le bord postérieur des pariétaux.

Au niveau de la fontanelle postérieure, les os sont superposés dans l'ordre suivant : occipital, pariétal gauche, pariétal droit.

En avant et à gauche, le bord antérieur du pariétal chevauche sur le bord postérieur du frontal ; à droite, chevauchement peu marqué du frontal sur le pariétal. La fontanelle antérieure est très petite. Le frontal gauche chevauche sur le frontal droit.

L'enfant boit du lait stérilisé depuis le dix-huitième jour. Dès la naissance il a présenté sur la cloison du nez une petite ulcération jaunâtre.

A la troisième semaine, on constate au niveau du sacrum une ulcération discoïde à bords jaunâtres ; une autre ulcération de même forme, à teinte jambonnée, fait son apparition sur chaque talon. Bientôt apparaît une éruption généralisée scarlatiniforme, et l'enfant, qui a été soumis au traitement mercuriel succombe le 17 mars.

Poids :	3.470	3.330	3.400	3.410	3.425	3.470	3.350
	3.350	3.330	3.380	3.410	3.366	3.490	3.370
	3.300	3.350	3.405	3.420	3.405	3.440	

Nous voyons donc que lorsque le doute subsiste, il faut, quand il s'agit surtout de pratiquer une intervention, ne pas hésiter à recourir à l'anesthésie et à pratiquer le *toucher manuel* qui seul peut indiquer exactement la position de la tête fœtale par rapport au détroit supérieur.

Mais supposons le diagnostic de l'engagement bien étayé. L'engagement de la tête est certain.

§ 1. — La tête fœtale est engagée.

Tout est normal. Les bruits du cœur fœtal sont bons, la femme a des contractions régulières, la tête en présentation du front progresse, *il faut savoir ne rien faire*; c'est-à-dire, comme dans une présentation du sommet ATTENDRE l'expulsion spontanée du fœtus. Nous avons vu quel était le mécanisme de cet accouchement spontané; nous savons qu'il est possible. En voici d'ailleurs des exemples.

Obs. 2 (Résumée in communication WALlich, *Soc. O.G.P.*, janvier 1902).

Rich..., IIpare. Bassin mesurant 8 centimètres de diamètre Pr.S.P. Présentation du front. Tentatives infructueuses de réduction manuelle. Accouchement spontané d'une fille vivante pesant 2.900 grammes, après une période d'expulsion de deux heures et 42 h. 30 de travail. Mère et enfant sorties vivantes.

Obs. 3 (317 de 1893). — *Hydramnios*. — *Présentation du front*. *Accouchement spontané*.

L. E..., 32 ans, IVpare. Trois premiers accouchements normaux. Enfants nés vivants. Les dernières règles de cette femme datent du 19 au 21 mai.

Le 6 mars, 1 h. 30 du soir, les premières contractions utérines douloureuses font leur apparition et à 10 h. 15 du soir la femme entre à la Clinique Baudelocque.

On constate que le fond de l'utérus remonte à 38 centimètres au-dessus du pubis. Présentation de l'extrémité céphalique dos à gauche. L'enfant est vivant. La dilatation est de cinq francs, membranes intactes.

Jusqu'à 3 heures du matin la dilatation progresse peu et la tête ne descend que très lentement dans l'excavation.

3 h. 10, les membranes sont rompues artificiellement, il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique opalescent. La tête vient appuyer sur les bords de l'orifice utérin, la dilatation est complète à 3 h. 20 et à 3 h. 25 la femme expulse un enfant vivant pesant 3.500 grammes. Le mode de dégagement est celui des présentations du front :

Diamètres de la tête fœtale :

OM.	13 7	BIP.	8.5
OP.	12.7	BIT.	7.5
SOB	10	SMB.	20
SOF	12		

Délivrance normale. Les membranes mesurent 33/7.

La mère et l'enfant sortent de la clinique en bon état.

Obs. 4 (74 de 1904). — *Présentation du front.*
Accouchement spontané.

L. L..., Illpare, 31 ans.

Deux premiers accouchements normaux. Enfants nés vivants.

Dernières règles, 27 mars au 2 avril.

27 décembre. — Présentation de l'extrémité céphalique, mobile, dos à gauche, Hauteur de l'utérus : 33 centimètres.

28. — Présentation transversale, tête dans le flanc droit. Version par manœuvres externes. Ceinture eutocique.

12 janvier, 4 heures du matin. Apparition des premières contractions utérines douloureuses. La femme entre à la salle de travail à 11 heures.

13. — 3 h. 30 matin. Dilatation : petite paume de main. Rupture artificielle de la poche des eaux. Liquide abondant et opalescent. La tête reste élevée. L'orifice revient sur lui-même.

10 heures. Tête élevée, en position indifférente, intermédiaire entre la flexion et la déflexion. T. = 37° 2. P. = 108. Bruits du cœur bons.

Une autre poche des eaux se reforme. A 2 heures P = 128.

3 heures 30. Examen de Mlle Roze. Tête toujours élevée. Liquide

Commencant à se teinter de vert. Dilatation 5 francs. Injections vaginales chaudes pendant la journée.

6 h. 30. Rupture artificielle de la nouvelle poche des eaux. T = 36° 8. P. = 130.

9 h. 30 soir. M. Delestre constate que la tête s'engage.

Au toucher : dilatation : grande paume. Bruits du cœur bons.

2 heures du matin. Dilatation complète. Mlle Chevalier constate qu'il s'agit d'une présentation du front.

La femme fait des efforts expulsifs très violents.

Contractions subintrantes. La tête descend lentement et enfin elle est expulsée spontanément en présentation du front à 3 h. 30 du matin.

L'enfant est en état d'apnée, il est ranimé 20 minutes après sa naissance.

Diamètres céphaliques : OM = 12. 2 ; OF = 11. 6 ; SOB = 10. 6 ; SOF = 10.2 ; BIP = 10 ; BIT = 8.5 ; SMB = 10.5.

Placenta : 3.010 grammes. Membranes : mensuration impossible.

La mère et l'enfant sortent de la clinique le 27 janvier en bon état.

Obs. 5 (1639 de 1904). — *Bassin oblique ovalaire. — Symphyséotomie lors du 1^{er} accouchement. — Présentation du front. — Accouchement spontané. — Enfant mort pendant le travail.*

B. M..., 32 ans, ménagère, III^e pare.

Premier accouchement, 29 juin 1897, à Baudelocque.

Symphyséotomie (L'observation manque dans les registres de la clinique).

Deuxième accouchement 28 juillet 1903 normal.

Dernières règles du 21 au 23 février. Pas d'examen pendant la grossesse.

22 novembre. — 4 h. matin. Apparition des premières contractions utérines douloureuses.

10 heures matin. La femme est admise salle de travail.

Examen : Hauteur de l'utérus : 36 centimètres. Au palper : présentation de l'extrémité céphalique mobile, dos à gauche. Enfant

vivant, paraissant peu volumineux. Col en voie d'effacement. Membranes intactes.

Au toucher on constate que la branche ischio-pubienne et l'épine sciatique du côté gauche sont plus rapprochées de la ligne médiane, que du côté opposé. — En se reportant à une observation de l'accouchement précédent, on trouve signalée une viciation oblique ovulaire du bassin.

2 h. 15. Rupture spontanée des membranes. Dilatation complète.

L'extrémité céphalique se présente défléchie, le doigt arrive directement sur le nez et la bouche.

4 h. On constate que la partie fœtale progresse notablement.

Le front est maintenant plus accessible et se trouve directement au centre du bassin. Il existe une bosse séro-sanguine volumineuse. Bruits du cœur bons.

4 h. 30. Examen de M. Sauvage. Le doigt arrive immédiatement sur le front, le nez, les arcades orbitaires, la bouche est inaccessible. La présentation progresse à chaque contraction.

Les efforts expulsifs sont énergiques et rapprochés.

Bruits du cœur bons.

Les contractions utérines de plus en plus fréquentes, il devient impossible d'ausculter le cœur fœtal.

4 h. 40. Accouchement spontané d'un enfant pesant 2.980 grammes après une période d'expulsion de 2 heures 25 et une durée totale du travail de 12 heures 40.

Dégagement de la tête en front. Dégagement oblique. Le front apparaît dans la partie droite et antérieure de l'orifice vulvaire. La bouche et le menton apparaissent les derniers.

Diamètres céphaliques : OM = 13.1 ; OF = 12.3 ; SOB = 8.7 ; SOF = 11.1 ; BIP = 9.1 ; BIT = 8 ; SMB = 10.

Délivrance normale. Placenta 440 gr. Membranes 37/9.

L'enfant ne présente plus que de rares battements cardiaques et n'a pu être ranimé. La femme sort bien portante.

Obs. 6 (868 de 1907). — *Présentation du front. — Accouchement spontané. — Enfant, 3.180 grammes.*

C. N..., 36 ans, IVpare. Trois accouchements antérieurs normaux. Dernières règles du 14 au 16 août. N'a jamais consulté pendant sa grossesse.

3 juin. — 4 heures matin apparition des premières contractions utérines douloureuses.

7 heures matin. La femme entre à la clinique. On fait les constatations suivantes.

Hauteur de l'utérus : 31 centimètres. Palper : un pôle fœtal fixé au détroit supérieur. Tumeur volumineuse débordant considérablement dans la fosse iliaque gauche. Sillon très net en coup de hache, entre cette tumeur et le plan résistant situé du même côté. Au fond de l'utérus un autre pôle se continuant directement avec le plan résistant de gauche. Petits membres sur toute la hauteur du côté opposé à ce plan résistant.

Auscultation. Bruits du cœur bons au niveau de l'ombilic un peu à gauche.

Toucher. Dilatation d'une petite paume de main, membranes rompues ; on sent de gauche à droite suivant le diamètre oblique gauche la suture interfrontale ; le nez, les yeux, le maxillaire supérieur, le maxillaire inférieur ne sont pas accessibles.

10 h. 30 matin, la dilatation est complète, la rotation s'est effectuée rapidement. En quelques efforts expulsifs, la tête sort des organes génitaux. Au moment de l'expulsion, on constate que la bouche de l'enfant mord la symphyse. On perçoit tout d'abord, la bouche, le nez et les yeux et une partie des bosses frontales, la tête se défléchit davantage, le front entièrement, puis les bosses pariétales franchissent la commissure vulvaire.

Celle-ci se retire alors, et la tête retombe en bas dans un mouvement de déflexion. L'enfant pèse 3.180 grammes. Bi-pariétal 9,1.

Placenta 520 gr. Membranes 37/6.

Obs. 7 (885 de 1908). — *Présentation définitive du front. — Accouchement spontané. — Durée de la période d'expulsion : 2 heures. — Durée totale du travail : 3 h. 30.*

G. B. . . , 23 ans, IVpare. 2 accouchements antérieurs normaux, 1 avortement.

Grossesse actuelle : dernières règles du 8 au 16 août.

La femme entre au dortoir le 6 mai. On diagnostique une présentation du sommet orienté en D. P.

Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 25 mai à minuit.

La femme {entre à la salle de travail. On constate une hauteur utérine de 29 centimètres, une présentation du sommet en D. P. Auscultation bonne.

Toucher : dilatation de 5 francs, Membranes intactes.

La concavité du sacrum est exagérée et il est impossible d'arriver sur le coccyx.

A 2 heures du matin, la dilatation est complète, la tête est orientée en D. P. Rupture des membranes.

La tête effectue d'abord sa rotation en occipito-postérieure directe et en même temps la fontanelle postérieure disparaît peu à peu en arrière, la fontanelle antérieure gagnant de plus en plus le centre de l'excavation. A chaque contraction utérine la déflexion s'accroît en même temps que progresse lentement la tête. Le doigt arrive d'abord sur les bosses frontales, puis la déflexion s'accroissant, en arrière sur les yeux et le nez. Une bosse séro-sanguine volumineuse se forme sur la bosse frontale droite et sur la paupière, la tête descend et le front apparaît à la vulve, le lobule du nez restant en rapport avec le bord inférieur de la symphyse pubienne. A ce moment la tête se fléchit, la fontanelle antérieure apparaît à la commissure postérieure de la vulve, puis l'occiput.

L'occiput étant dégagé et la commissure postérieure de la vulve étant au niveau du sous-occiput, la tête finit de se dégager par un mouvement de déflexion qui fait apparaître en avant et au-dessus

de la symphyse la bouche puis le menton. L'expulsion a duré 2 heures.

L'enfant, une fille, pèse 3.200 grammes.

Diamètres de la tête :

OM.	13.	BIP.	9.3
OF.	11.2	BIT.	7.5
SOB	10.3	SMB	9.7
SOF	11		

Placenta 650 grammes. Mensuration des membranes 32/14.

L'enfant présente au niveau de la bosse frontale droite empiétant sur le pariétal droit une bosse séro-sanguine peu volumineuse qui s'étend sur la paupière droite.

Déformation crânienne très peu accentuée.

Suites de couches normales.

La femme et l'enfant sortent le 10^e jour en bon état.

Nous voyons que la progression de cette tête fœtale est très lente, à cause de l'orientation vicieuse et du développement de la bosse séro-sanguine. Pourrait-on, pour abrégier les souffrances de la parturiente et faciliter l'accouchement, essayer de transformer cette présentation dystocique en une autre moins redoutable? Nous avons vu dans le mécanisme de la présentation du front, que les diamètres occipito-mentonnier et occipito-frontal maximum ne peuvent basculer dans l'excavation. Toute tentative de flexion ou de déflexion serait donc illusoire et ne pourrait être que dangereuse.

L'indication est donc formelle et absolue dans ces cas, *attendre s'il ne se produit pas de complications* et l'accoucheur pourra avoir, bien rarement malheureusement, la satisfaction d'assister à l'expulsion spontanée du produit de conception. dénouement le plus favorable pour la mère et pour l'enfant.

Dans les 34 observations que nous avons réunies dans cette

thèse, l'accouchement spontané ne se produit en effet que 6 fois, mais sans provoquer de mortalité maternelle.

La tête en présentation définitive du front étant engagée, s'il survient une complication du côté de l'organisme fœtal ou maternel il faudra intervenir.

Du côté de l'organisme maternel les causes qui commandent l'intervention sont les mêmes que celles qui se rencontrent dans toutes les autres présentations ; en première ligne l'impotence fonctionnelle de l'utérus, et le défaut de progression de la partie fœtale. Au sujet de cette dernière indication nous ferons la même remarque qu'au début de ce chapitre. Ici encore la bosse séro-sanguine peut induire en erreur. Son augmentation de volume peut faire croire à la descente de la tête alors que celle-ci marque le pas. Nous n'énumérerons pas ici tous les cas où l'état de la parturiente nécessite une intervention. (Edème des parties molles leur faisant perdre leur élasticité, accidents dus à l'auto-intoxication gravidique ou à une cardiopathie, etc., les indications sont les mêmes que dans les autres présentations. Si, du côté de l'enfant, un état de souffrance est indiqué par un trouble dans le rythme des pulsations cardiaques, il y a également une indication pressante à l'intervention.

Il va de soi que l'intervention étant indiquée il ne faudra la tenter ici, comme dans les présentations du sommet, que si les circonstances le permettent, c'est-à-dire *si la dilatation est complète.*

Nous supposons l'indication formelle et les conditions d'exécution possibles : à quelle intervention aurons-nous recours ?

Ici, comme dans les présentations du sommet, A L'APPLICATION
DE FORCEPS.

Nous allons en donner plusieurs observations. Mais avant nous allons insister sur un temps particulièrement important de cette intervention, la rotation de la tête.

Cette rotation de la tête, qui se fait toute seule quand le forceps est appliqué sur une présentation du sommet, doit constituer le premier temps de l'intervention quand il s'agit d'une présentation du front et être provoquée avant d'essayer de faire descendre la tête au contact du périnée. Ce mouvement de rotation que l'on est obligé d'imprimer par la main au forceps doit se faire de manière que l'enfant ait la face tournée vers la symphyse. Nous savons que dans cette position seulement le dégagement est possible, dégagement qui s'effectuera, le point de contact de la face du fœtus avec le bord inférieur de la symphyse étant tantôt l'angle naso-frontal, tantôt le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, tantôt les commissures labiales.

Obs. 8 (in communication WALLICH, *Soc. O. G. P.*,
séance du 14 janvier 1902).

V..., Ipare. Promontoire accessible. Présentation du front. Application de forceps. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.810 grammes.

Mère et enfant sortent en bonne santé.

Obs. 9 (893 de 1904). — *Présentation du front. — Application de forceps par M. Lepage. — Enfant mort quelques heures après sa naissance.*

P. A..., Ipare. Dernières règles ? La femme entre à la clinique Baudelocque le 4 juin, 2 heures du soir. Les contractions utérines étaient apparues le 4 juin, 2 heures du soir, et les membranes s'étaient rompues dès le début du travail.

On constate à son arrivée une hauteur utérine de 35 centimètres. Présentation de l'extrémité céphalique, dos à droite. L'auscultation est bonne. La dilatation est d'une grande paume de main.

3 heures du soir. La dilatation est complète.

4 heures 30. Le toucher permet de se rendre compte que la fontanelle antérieure est au centre de l'excavation, on arrive sur les yeux, le nez et la bouche. Les bruits du cœur sont modifiés et battent à 88.

5 heures 30. M. Lepage fait une tentative infructueuse d'application de forceps. Une deuxième application permet d'extraire un enfant de 2.950 grammes né en état de mort apparente et ranimé après désobstruction des voies respiratoires.

Délivrance normale, mensuration impossible des membranes.

Diamètre de la tête fœtale :

OM.	12.2	BIP	9.8
OF.	12.4	BIT	9.9
SOB	10.4	SMB	11.3
SOF	12.3		

L'enfant présente des mouvements convulsifs et meurt le jour même.

A l'autopsie, on constate une fracture de l'écaïlle du temporal droit.

Mère sortie vivante.

Obs. 10 (184 de 1903). — *Promontoire accessible. — Présentation du front. — Modification des bruits du cœur. — Application de forceps par M. Couvelaire.*

C. M..., 30 ans, Ipape. Dernières règles 28 mars : 1^{er} avril.

28 janvier. — 10 heures matin. Apparition des premières contractions utérines douloureuses, la femme est amenée aussitôt à la clinique Baudelocque.

On fait les constatations suivantes : Hauteur de l'utérus : 30 centimètres. Utérus incliné à droite. Au-dessus de l'aire du détroit supérieur on sent une saillie très volumineuse formée par l'occiput à gauche.

Dos à gauche. Coup de hache nettement appréciable.

Enfant vivant. Dilatation 1 franc. Membranes intactes.

Examen de M. Couvelaire : la fontanelle antérieure est sur la ligne médiane, en arrière de la symphyse pubienne. Promontoire accessible.

Contractions peu fréquentes.

6 heures soir. T. = $37^{\circ} 5$; P. = 92.

9 heures soir. Rupture précoce des membranes. Dilatation 5 francs.

Bruit du cœur bons. La fontanelle antérieure s'est éloignée de la symphyse depuis la veille.

31 janvier. — 9 heures matin. M. Couvelaire examine à nouveau la femme : Bruits du cœur bons. Dilatation complète. Une bosse séro-sanguine volumineuse masque les sutures. La fontanelle antérieure est facilement accessible à gauche et en avant.

10 heures matin. Les bruits du cœur deviennent lents et irréguliers, 98, puis remontent à 140.

M. Couvelaire fait sous chloroforme une application de forceps à 11 heures du matin. Il extrait une fille vivante pesant 3.050 grammes.

Délivrance artificielle. Infection intra-utérine à 50° , l'utérus se rétractant mal. P. = 120. Placenta 530 grammes. Mensuration impossible. L'enfant meurt deux jours après.

OM = 12,5 ; OF = 12,8 ; BIP = 9,3.

Obs. 11 (1353 de 1903). — *Présentation du front.*

Application de forceps par M. Delestre.

J. G..., 27 ans I, pare, ayant eu ses dernières règles du 24 au 28 octobre 1902. La femme entre à la clinique Baudelocque le 25 juillet. La tête mobile est maintenue en bonne position par une ceinture eutocique.

Le 11 août, apparition des premières contractions utérines douloureuses. A son entrée à la salle de travail l'utérus remonte à 34 centimètres au-dessus du pubis, le palper permet de reconnaître l'existence d'une saillie volumineuse au-dessus du détroit supérieur,

saillie séparée du plan du dos situé du même côté par un sillon profond. Les bruits du cœur sont bons.

Les membranes sont intactes et la dilatation est de 4 franc, le dos est à droite. Les bruits du cœur sont bons.

La dilatation est de 5 francs. Membranes intactes.

9 heures 15 soir. Dilatation et rupture spontanée des membranes, la tête est toujours très élevée. Les bruits du cœur sont bons.

10 heures soir. La tête descend dans le bassin, la fontanelle antérieure est au centre de l'excavation. Bosse séro-sanguine volumineuse. Les globes oculaires et la racine du nez sont accessibles.

Minuit 20. La tête occupe la même position, elle ne progresse pas depuis la dilatation complète.

M. Sauvage fait une application de forceps et extrait un enfant vivant pesant 3.470 grammes, dont la tête présentait les diamètres suivants :

OM	43	BIP	9.2
OF	11.6	BIT	8.4
SOF	10.5	SMB	9.7
SOB	11		

Délivrance normale, mensuration des membranes 25/8.

La mère et l'enfant sortent vivants.

Obs. 12 (1204 de 1906). — *Luxation coxo-fémorale double dite congénitale et promontoire accessible. — Présentation du front. — Femme arrivée de ville à dilatation complète. — Application de forceps par M. Sauvage.*

D. M., 28 ans, VIIpare.

Quatre premiers accouchements normaux. Enfants vivants. Cinquième accouchement : sommet. Application de forceps. Sixième accouchement : sommet spontané. 7 h. 50 de période d'expulsion, enfant vivant, pesant 3.200 grammes : bi-pariétal 9 centimètres.

Grossesse actuelle : dernières règles : 15-20 septembre.

Début du travail : 16 juillet, 5 heures soir. Entrée à la salle de travail le 17 juillet à 5 h. 50 matin. Hauteur de l'utérus : 39 centimè-

tres. Dilatation complète. La rupture des membranes a été pratiquée artificiellement en ville par une sage-femme à une dilatation so-disant complète le 16 juillet 11 heures soir.

A l'entrée la tête est engagée dans la partie haute de l'excavation ; bosse séro-sanguine volumineuse ; la fontanelle antérieure est au centre du bassin. La fontanelle postérieure est inaccessible. Bruits du cœur : 120. Ecoulement de méconium par la vulvé.

Application de forceps par M. Sauvage. Dégagement classique de la présentation du front, occiput avant le menton. Enfant né en état de mort apparente et ranimé pour quelques heures. C'est une fille pesant 3.150 grammes.

Diamètres de la tête. OM : 12.2 ; OF : 11.3 ; SOB : 10.7 ; SOF : 10 ; BP : 8.5 ; BT : 7.4 ; SMB : 9.7. Circonférences : 35/37.

Délivrance par expression française 30 minutes après l'extraction du fœtus. Le placenta qui se présente par sa face utérine pèse 750 grammes.

Membranes complètes : 12/27.

Suites de couches : les trois premiers jours la température est de 38° à 38°4. Le pouls oscille entre 104 et 120. Injection intra-utérine. A partir du sixième jour la température ne dépasse pas 37°4.

La mère quitte la clinique en bon état.

Obs 13 (1420 de 1903). — *Présentation du front. — Application de forceps par M. Sauvage. — Enfant vivant.*

P. G..., 39 ans. XIipare. Cette femme a eu sept grossesses normales — tous ces enfants sont nés vivants — et 4 avortements.

Ses dernières règles datent du 19 au 25 novembre. Cette femme entre au dortoir de la clinique le 17 août. On constate à ce moment une présentation de l'extrémité céphalique. Dos à droite. L'enfant est vivant.

28. — 3 heures du soir. Apparaissent les premières contractions utérines douloureuses et elle entre à la salle de travail à 8 heures du soir. La hauteur utérine est de 33 centimètres. On constate au palper une présentation de l'extrémité céphalique.

12. — 3 heures soir. La tête descend dans l'excavation. La dilatation est d'une grande paume de main. Les membranes sont intactes. La fontanelle antérieure se trouve à gauche et en avant ; les globes oculaires et le nez à droite. Les bruits du cœur sont bons.

4 h. 15 soir. La dilatation est complète. Rupture artificielle des membranes. Le liquide est opalescent. L'orifice revient sur lui-même qui n'est plus dilaté que comme une petite paume.

6 h. 30. La dilatation est à nouveau complète. Les contractions utérines s'espacent, la tête ne progresse pas.

Minuit 10. Application de forceps, la tête se défléchit. La rotation amène le menton sous la symphyse, la tête ayant achevé sa déflexion. L'enfant vivant pèse 3,420 grammes et présente les déformations caractéristiques de la présentation du front.

Diamètres de la tête :

OM.	13.5	BIP	9.7
OF.	12.8	BIT	8.4
SOB	9.6	SMB	9.6
SOF	12.5		

Délivrance normale. Les membranes mesurent 29/9.

La mère et l'enfant sortent en bon état.

Obs. 14 (1992 de 1908). — *Accouchement prématuré au 9^e mois.*
— *Présentation du front engagé. — Application de forceps faite par M. Mouchotte.*

M. H..., 1pare, 20 ans.

Dernières règles : 26 février au 3 mars.

Entrée à la salle de travail : 20 novembre à 9 heures matin. A son arrivée, on fait les constatations suivantes :

Hauteur de l'utérus : 42 centimètres. Présentation de l'extrémité céphalique ; à gauche la sphère céphalique est accessible au-dessus du détroit supérieur. Du même côté se trouve le plan résistant. Excès de liquide. Auscultation bonne à droite.

Toucher : Dilatation 2 francs. Membranes intactes. On sent à travers la poche des eaux des irrégularités au nombre desquelles on

trouve : à droite le nez, la bouche ; à gauche, on arrive sur le front.

20 novembre. — 10 h. matin. Examen de M. Pinard qui confirme ces constatations, trouve le foyer d'auscultation haut situé au niveau de l'ombilic.

Les contractions utérines sont espacées.

21. — 3 h. soir. Mêmes constatations. Membranes intactes.

6 h. soir. — Examen de M. Mouchotte et de Mlle Roze.

Palper : mêmes constatations.

Toucher : Dilatation : 5 francs. Membranes intactes. La poche des eaux bombe fortement au moment des contractions qui sont peu fréquentes.

7 h. soir Rupture spontanée de la poche des eaux. Pendant la nuit, contractions peu fréquentes.

22. — 9 heures matin. Même situation de la tête ; dilatation : 5 francs. On arrive sur la racine du nez, l'œil antérieur, la lèvre supérieure à droite et en arrière. On n'atteint pas le menton.

Injections vaginales à 50° toutes les deux heures. Grand bain d'une heure.

5 h. soir. — La dilatation a progressé ; elle égale une petite paume de main.

L'orifice utérin est aminci.

Mêmes constatations au palper et au toucher.

La portion accessible de la sphère céphalique semble vouloir descendre dans l'excavation.

La saillie n'est pas disproportionnée avec les dimensions de l'aire du détroit supérieur.

23. — 5 h. 30 matin. Dilatation d'une grande paume de main. Tête engagée. La fontanelle antérieure est accessible. A droite et à bout de doigt, l'index reconnaît la racine du nez.

7 h. matin. Dilatation complète.

9 h. matin. La tête est bien descendue dans l'excavation. La fontanelle antérieure occupe le centre de la filière pelvienne masquée en partie par une bosse séro-sanguine ; à droite et en arrière on trouve la racine du nez.

10 h. matin. — Examen de M. Pinard qui confirme l'exactitude de ces constatations.

Midi. — La tête n'a pas progressé.

La bosse séro-sanguine s'accuse.

La tête reste orientée comme antérieurement, c'est-à-dire que la fontanelle antérieure est au centre de l'excavation ou plutôt un peu en avant et à gauche. La racine du nez en arrière et à droite.

Bruits du cœur bons.

M. Pinard dit de faire une application de forceps et recommande de ramener la face en avant.

12 h. 15. M. Mouchotte fait une application de forceps (chloroforme).

L'application est faite comme pour une O. I. D. P., c'est-à-dire que la main gauche guide introduite la première imprime à la tête en présentation du front un mouvement de rotation tel que la racine du nez qui regardait la symphyse sacro-iliaque regarde maintenant l'extrémité droite du diamètre transverse de l'excavation ; introduction de la cuiller droite ; puis la cuiller gauche est introduite par le mouvement de spire de Solayrès, contournant l'occiput. Décroisement.

L'axe des cuillers coïncide avec le diamètre occipito-frontal, la concavité des cuillers regardant la face du fœtus.

Tractions lentes et soutenues, d'abord par en bas ; mais on se heurte bientôt à une résistance invincible et on a l'impression que la descente ne pourra être effectuée qu'après rotation.

Le mouvement de rotation est alors imprimé par la main au forceps. La racine du nez est ramenée en avant ; cette rotation s'effectue facilement et en même temps qu'elle s'exécute se fait la descente de la tête qui franchit en partie la vulve.

Les tractions par en bas amènent le nez, puis la lèvre supérieure au-dessous du pubis. La bouche du fœtus mord le bord supérieur de la symphyse, puis l'occiput se dégage à la commissure postérieure et lorsqu'il est sorti du bassin mou, la face s'abaisse et le menton se dégage. Le fœtus vivant pèse 4.000 grammes. Délivrance par tractions et expression combinées 40 minutes après l'accouchement.

Diamètres :

OM	13	BIP	8.6
OF	13.2	BIT	7.8
SOB.	9.2	SMB.	10
SOF.	12		

Placenta ?

Sortie le 13^e jour de la mère et de l'enfant en bon état.

La mortalité maternelle et fœtale n'est pas très élevée dans les cas d'application de forceps, nous voyons que dans les 6 observations où l'enfant fut *extrait* nous n'avons que deux cas de mort du fœtus et pas de mortalité maternelle.

Mais nous verrons qu'un grand nombre d'observations, dans lesquelles l'accouchement se termina par une basiotripsie, relatent des applications de forceps aussi multiples qu'infructueuses. Nous en trouvons exactement 8. Et si nous les examinons nous nous rendons facilement compte que dans tous les cas l'application de forceps détermina la mort de l'enfant.

Quelle peut être la cause de cette mortalité fœtale considérable ? Elle est facile à mettre en lumière. Tous ces cas sont antérieurs à l'année 1892 ; on n'a alors qu'un moyen d'essayer de sauver un enfant qui souffre : tenter une application de forceps, *quelle que soit la situation de la tête*. Nous croyons pouvoir affirmer que dans aucun de ces cas l'engagement n'était effectué.

Rien d'étonnant alors que le forceps dérape et que l'accoucheur après de multiples et infructueuses tentatives ne constate la mort de l'enfant et soit obligé de terminer par une basiotripsie.

Faire une application de forceps sur une tête qui lutte contre

le bassin osseux c'est, notre maître le professeur Pinard nous l'a souvent enseigné, courir au-devant d'un désastre. Depuis l'apparition de la symphyséotomie, jamais à la Clinique Baudelocque on n'a tenté d'appliquer le forceps sur une tête fœtale au-dessus du détroit supérieur.

Désormais, la symphyséotomie d'abord, l'opération césarienne ensuite permettent d'intervenir d'une façon plus efficace et moins meurtrière, dans ces cas de présentation définitive du front avec non-engagement de la tête, les seuls vraiment dystociques. Nous allons le voir dans le chapitre suivant.

§ 2. — La tête fœtale n'est pas engagée.

Nous venons de voir la conduite à tenir dans les présentations du front lorsque la tête est engagée, et c'est la grande minorité des cas. Nous allons voir maintenant ce qu'il y a lieu de faire quand dans les mêmes présentations la tête est retenue au-dessus du détroit supérieur.

Cette tête peut occuper deux situations : être encore facilement mobilisable ou, ayant déjà subi un commencement d'engagement et des déformations plastiques déjà accentuées, être solidement fixée, enclavée dans le bassin osseux.

Que doit-on faire dans le premier cas ? Si le rétrécissement du bassin n'est pas très accusé, si la tête fœtale ne déborde pas ou très peu l'aire du détroit supérieur, si tout par ailleurs est normal, *il faut encore attendre*. On ne doit pas enlever à la femme la moindre chance d'un accouchement spontané, si improbable soit-il ; l'obstétrique nous réserve parfois des surprises heureuses.

Si la tête reste élevée, si son mouvement de descente dans l'excavation se termine par l'enclavement, l'accoucheur aura le choix entre les deux interventions déjà citées, la symphyséotomie et l'opération césarienne.

Mais avant de discuter les indications respectives de ces deux interventions, nous voulons exposer en peu de mots la thérapeutique en usage avant 1894.

Quand la tête fœtale était mobile au-dessus du détroit supérieur, on tentait de transformer la présentation du front en face ou en sommet en essayant de défléchir ou de fléchir la tête. Nous pensons que s'il est possible d'effectuer ces mouvements de bascule, il est bien plus difficile de maintenir la nouvelle présentation. Le placenta que nous rencontrons sur le segment inférieur et le rétrécissement plus ou moins accusé du bassin empêchent l'engagement rapide et forcent la tête à reprendre sa position primitive. Notre maître, M. Pinard, dans sa leçon clinique du 28 novembre 1908, nous dit qu'il a décrit naguère une manœuvre destinée à transformer la présentation de la face en une autre présentation plus eutocique et il ajoute : « Aujourd'hui n'y ayez jamais recours. »

La version podalique permet de modifier d'une façon certaine la présentation, mais en faisant courir aux parturientes de grands risques de rupture utérine, avec une mortalité fœtale très élevée.

Les 3 observations qui suivent nous donnent comme résultat :

Mortalité fœtale, 1.

Mortalité maternelle, 1, par rupture utérine.

Obs. 15 (Résumée in communication WALLICH, *Soc. O.G.P.*, séance du 16 janvier 1902).

Alvas..., IIpare. Diamètre P.S.P. de 10.5. Présentation du front. Procidence du cordon et d'un bras. Version pelvienne par M. Potocki. Enfant vivant du poids de 3.980 grammes. Durée du travail 9 heures. Mère et enfant sortis en bon état.

Obs. 16 (Résumée in communication WALLICH).

Lev... IIIpare, deux premiers accouchements normaux. Présentation du front. Bassin non mesuré. Tentatives manuelles de flexion. Procidence d'un bras et du cordon. Version pelvienne et extraction d'un enfant pesant 2.800 grammes. Mort quelques instants après sa naissance.

Mère sortie vivante.

Obs. 17 (865 de 1895). — *Présentation du front. — Tentatives infructueuses de déflexion de la tête. — Version pelvienne par M. Wallich. — Rupture incomplète du segment inférieur. — Mort.*

H. P..., IVpare, 27 ans. Trois premiers accouchements à terme, normaux. Dernières règles, 16 août. La femme ayant ressenti les premières contractions utérines douloureuses le 26 mai à 8 heures du soir, entre à la salle de travail le même jour à 11 h. 55.

La hauteur utérine est de 38 centimètres, la tête est élevée au-dessus du détroit supérieur, la dilatation est de 50 centimes, les membranes intactes. Bruits du cœur bons.

27 mai. — 5 h. 10 matin. La dilatation est complète, les membranes sont rompues artificiellement, mais la tête mal fléchie reste élevée, les bords de l'orifice reviennent sur eux-mêmes.

10 heures matin. Même état. On constate au toucher que le front occupe le centre de l'excavation. A droite on atteint le nez et les yeux. La tête ne descend pas.

4 h. 30 soir. La tête restant dans la même situation, M. Pinard

conseille de tenter la flexion manuelle de la tête, et si on ne réussit pas, de pratiquer la version interne.

5 heures. M. Wallich tente de fléchir la tête sans pouvoir y réussir. Après avoir essayé de pratiquer la version, il constate que la tête est moins défléchie. Les bruits du cœur fœtal sont bons, il décide d'attendre.

6 h. 30. La tête a repris sa position primitive, M. Wallich fait une nouvelle tentative de version. Le pied droit est amené à la vulve, mais comme la première fois l'évolution du fœtus ne peut se faire. On pose un lac sur le pied qui est maintenu, pendant qu'on essaye de refouler avec la main introduite dans les parties génitales la tête fœtale. Grande résistance qu'il est brusquement vaincue, le fœtus évolue facilement et l'extraction se fait sans difficulté. L'enfant né en état de mort apparente est ranimé après désobstruction des voies respiratoires ; il pèse 3.900 grammes et présente les diamètres céphaliques suivants.

OM	13.9	BIP	10
OF	11.8	BIT	9.2
SOB	9.7	SMB	11.8
SOF	11		

Délivrance artificielle. Les membrane mesurent 32/19.

Le pouls de la femme est élevé, oscillant de 120-130. Au toucher on constate une solution de continuité entre les attaches antérieures du vagin à l'utérus. La femme meurt le huitième jour.

Nous avons vu que dans le chapitre précédent le non-engagement de la tête devait être considéré comme une contre-indication formelle à l'emploi du forceps. Nous avons vu qu'une pareille intervention ne doit jamais être tentée dans de semblables circonstances.

Les tentatives répétées d'application de forceps finissent par tuer le fœtus, La mortalité fœtale est considérable. On s'en rendra compte au chapitre Basiotripsie.

En résumé toutes ces interventions ne donnent pas de résultat appréciable (tentatives de flexion ou de déflexion) ou entraînent une mortalité fœtale ou maternelle considérable (version forceps).

La symphyséotomie préconisée par notre maître dans les présentations définitives du front a rendu beaucoup moins sombre le pronostic des présentations du front, surtout au point de vue de la mortalité fœtale.

Tandis qu'en effet la réduction de la tête fœtale était nécessaire pour l'extraction de l'enfant soit par une version podalique soit à l'aide du forceps, la symphyséotomie permet de réaliser un agrandissement assez considérable pour permettre à la tête de descendre dans l'excavation sans avoir à lutter contre le détroit supérieur.

Nous savons, en effet, non seulement que chaque centimètre d'écartement du pubis correspond à un égal agrandissement du diamètre transversal du bassin, mais que le diamètre antéro-postérieur bénéficie d'une augmentation dans la proportion d'environ 2 millimètres par centimètre d'écartement. De plus, la tête fœtale peut utiliser l'espace libre béant entre les deux extrémités des branches pubiennes pour descendre dans l'excavation. L'observation 19 nous permet de voir que cet espace libre inter-pubien ne doit pas être considéré comme négligeable. Dans cette observation en effet, il s'était développé à ce niveau des adhérences cicatricielles après une première symphyséotomie qui limitèrent à 4 cent. $1/2$ l'écartement du pubis. La tête fœtale ne put être engagée avec le forceps, ne put être extraite après une version podalique qu'en employant des manœuvres de force.

Le diamètre antéro-postérieur n'était pas suffisant et si

l'espace libre n'avait pas été comblé par du tissu cicatriciel, nous pensons que la tête fœtale se fût engagée d'elle-même ou pût facilement être extraite par une application de forceps.

Cette opération présentant de si grands avantages semble être l'intervention de choix dans les présentations du front non engagées, puisque nous avons vu que le défaut d'engagement reconnaît pour cause dans presque tous les cas un léger rétrécissement du bassin. Un écartement peu considérable des branches pubiennes permettra facilement la descente de la tête.

Nous voyons en effet que cette intervention fut pratiquée un grand nombre de fois dans ces conditions, 8 fois sur 35 cas observés à la Clinique Baudelocque.

Dans tous ces cas l'agrandissement du bassin fut suffisant pour permettre à la tête de s'engager spontanément, deux fois.

Ou d'être facilement extraite par une application de forceps, cinq fois.

Dans un seul cas, nous venons de le citer, après une tentative d'application de forceps, une version podalique et la manœuvre de Champetier de Ribes furent nécessaires pour extraire l'enfant.

Les résultats de l'apparition de cette intervention se traduisent clairement par une diminution assez considérable du taux de la mortalité maternelle et surtout de la mortalité fœtale.

Avant 1894, nous voyons dans 10 cas de présentation du front les résultats suivants :

Pour les mères, 1 mort, soit 10 0/0.

Pour les enfants, 6 morts, soit 60 0/0, et une fois l'accouchement fut spontané.

En ne considérant que les 8 cas où fut pratiquée une intervention nous avons :

1 décès maternel, et 6 décès de l'enfant à enregistrer, mortalités respectives de 12,5 et de 75 0/0.

Après l'apparition de la symphyséotomie, sur 25 cas nous avons :

Pour les mères, 3 morts.

Pour les enfants, 6 morts.

La mortalité quand une intervention (symphysotomie ou césarienne) a été pratiquée est la suivante pour 11 cas :

Mortalité maternelle, 1, soit 99 0/0 ;

— fœtale, 2, soit 18.1 0/0.

Obs. 1 (295 de 1894). Voir plus haut.

Obs. 18 (571 de 1894). — *Présentation du front.* — *Symphyséotomie par M. Pinard.* — *Enfant vivant de 2.870 grammes.* — *Bassin à promonto-sous-pubien de 10,3.*

La nommée R..., âgée de 28 ans, Ipare, entre à la Clinique Baudelocque le 10 avril 1894. Cette femme a marché à 11 mois, et ne présente rien de particulier dans ses antécédents.

Elle a eu ses dernières règles vers le 15 juillet ; le fond de l'utérus est à 36 centimètres au-dessus du pubis.

Cette femme est très petite, elle a 1 m. 47 ; son bassin est vicié, mesure 10,3 de promonto-sous-pubien, et a un faux promontoire à 9,9.

Elle arriva à la salle de travail à midi, ayant des douleurs depuis minuit ; le col n'est pas complètement effacé, les membranes viennent de se rompre. Au toucher, on constate que le nez forme le centre de la présentation, il n'y a pas d'engagement. L'enfant est vivant, on entend les bruits du cœur à droite et en avant, au-dessous de l'ombilic. Au palper, on trouve à gauche et en bas une dépression en coup de hache entre le dos et la tête.

A 4 heure du soir, le col est complètement effacé, la dilatation comme une pièce de 50 centimètres.

A 3 heures, Mlle Roze constate que le front est au centre de l'excavation ; la dilatation a des dimensions un peu supérieures à une pièce de 5 francs.

A 8 h. 1/2, ballon Champetier pour parfaire la dilatation ; à 9 h. 1/2 le ballon est extrait. Les bruits du cœur du fœtus sont bons.

A 10 h. 49, M. Pinard pratique une symphyséotomie ; l'écartement est porté à 6 centimètres. Application du forceps en droite, la courbure pelvienne comprenant dans sa concavité le menton. Pendant cette manœuvre, le menton tourne en avant et la tête est expulsée pendant qu'on retire le forceps.

Extraction simple du placenta ; sutures.

Suites, physiologiques : la femme se lève le 7 mai.

L'enfant est vivant ; il pèse 2.780 grammes, mesure 49 centimètres.

OM.	12.5	BIT	7.6
OF.	12.9	SMB	9.4
SOB	8.8	BM	7
SOF	11.2	MF	8.6
BIP	9	SMO	10.7

Il naît un peu étonné mais est ranimé et crie sept minutes après sa naissance ; il pèse 3.040 grammes le 20 mai.

Le placenta pèse 460 grammes.

Les membranes sont complètes, 27/7.

Obs. 19 (1080 de 1895). — *Présentation du front. — Symphyséotomie par M. Pinard. — Diam. PsP : 9. — Version interne. — Désunion des attaches vaginales et de l'utérus.*

Femme P..., 33 ans, matelassière, Vilpère, entre au dortoir de la Clinique Baudelocque le 1^{er} juin 1895. Cette femme est enceinte pour la septième fois ; elle ignore quand elle a eu ses dernières règles. Elle a senti remuer son enfant du 15 au 20 janvier. Son utérus a 37 centimètres de hauteur. Cette femme présente des tibias incurvés. Son bassin est vicié et mesure 9 dans le diamètre promonto-sous-pubien.

Première grossesse en 1883. Présentation du siège. Version par manœuvres mixtes. Transformation en sommet, forceps.

Deuxième grossesse en 1884. Accouchement provoqué à huit mois à la Pitié. Accouchement spontané d'un garçon petit, mort quatre jours après.

Troisième grossesse en 1886. Accouchement à terme. Présentation du siège, fille de 12 livres, morte paraît-il pendant le travail.

Quatrième grossesse en 1888. Accouchement à terme. Présentation du siège, enfant mort et macéré.

Cinquième grossesse en 1890. Accouchement à terme. Présentation du siège, enfant mort pendant le travail.

Sixième grossesse en 1894. Deux applications de forceps en ville. Symphyséotomie, enfant mort quatre-vingt-quinze heures après.

Le 12 juin, on constate que l'enfant est vivant, se présente par le siège, le dos à gauche.

Le 27 juin, le fœtus se présente par l'épaule droite, dos en avant.

Début du travail le 2 juillet à 5 heures du soir ; le fœtus se présente par l'épaule droite, dos en avant. Mlle Roze pratique une version par manœuvres externes, et met une ceinture eutocique.

A ce moment la dilatation est comme une pièce de 2 francs. Une poche flasque fait hernie dans le vagin. A 7 h. $1/2$ du soir la dilatation est complète. La tête est à ce moment mal fléchie, on atteint les deux fontanelles.

A 7 h. 35, M. Pinard pratique une symphyséotomie, il suit la cicatrice de l'incision de la première symphyséotomie : les os sont écartés d'environ $1/2$ centimètre.

L'incision postérieure est plus difficile en raison des adhérences de l'opération antérieure, et dans toute la surface postérieure de la symphyse il existe une adhérence intime entre les tissus fibreux postérieurs, la vessie, et le vagin en bas. Cette adhérence est extrêmement mince, et le doigt introduit dans le vagin n'est séparé d'une sonde introduite dans la vessie et du doigt dans la plaie, que par une membrane résistante mais très mince ; il est donc impossible de sectionner à ce niveau, et malgré cela on atteint avec l'écarteur de force 4 cent. $1/2$ d'écartement. A ce moment, la main introduite

dans l'utérus ne peut fléchir la tête ; une application de forceps ne peut également pas la fléchir. On peut constater que le segment inférieur de l'utérus s'est resserré autour de la tête, comme une poche qui se contracte irrégulièrement autour d'elle, et le forceps, au lieu de la fléchir, la défléchit à tel point qu'il existe bientôt, à mesure que les tractions sont faites, très peu énergiques, *une variété frontale de la présentation de la face*. En même temps, la bride cicatricielle postérieure à la symphyse se tend quand on veut engager la tête, et l'instrument est immédiatement retiré.

Comme le forceps appliqué sur cette variété frontale causera fatalement la mort de l'enfant et fait courir également des risques à la femme, M. Pinard introduit la main gauche à la recherche d'un pied ; il sent autour de la tête cette résistance musculeuse considérable dont il a été parlé plus haut, et immédiatement au-dessus d'elle un anneau de contraction très difficile à repousser. Néanmoins, avec lenteur, la main peut vaincre cette résistance, et arrive sur un pied, qu'elle saisit et amène dans le vagin avec les plus grandes difficultés. C'est le pied postérieur, le pied gauche. Comme le fœtus, malgré de fortes tractions, n'évolue pas, M. Pinard, puis Mlle Roze vont chercher l'autre pied. En même temps, M. Varnier, relevant la tête, la force à sortir de cette poche contracturée, et l'évolution se fait ainsi difficilement. Très grandes difficultés pour l'extraction des bras, pour l'extraction de la tête également. Le fœtus a de la tendance à tourner le ventre en avant, cela rend difficile l'introduction des doigts dans la bouche ; on y parvient, et pendant que M. Varnier appuie sur la tête du fœtus, M. Pinard et Mlle Roze tirent sur le cou en arrière ; la tête s'engage par la manœuvre de Champetier de Ribes. Délivrance artificielle par Mlle Roze. M. Pinard reconnaît l'existence d'une rupture de l'attache du vagin à l'utérus, rupture assez large, permettant l'entrée de trois doigts, mais n'intéressant en rien ni l'utérus ni la vessie et située à gauche et en avant. Comme il n'y a aucune hémorragie on fait un tamponnement de la cavité vaginale.

Cette femme, à part quelques élévations de température aux environs de 38° les premiers jours, n'a pas présenté d'accidents impor-

tants dans ses suites de couches ; elle est sortie de la Clinique le 11 septembre.

L'enfant pèse 3.610 grammes ; il a 51 centimètres de longueur.

OM	14	BIP.	9.9
OF	12	BIT.	8.7
SOB	10.2	SMB	12.2
SOF	11.4		

Le placenta pèse 440 grammes, les membranes sont déchirées.

Cet enfant pèse à sa sortie 5.300 grammes. On avait constaté lors de sa naissance qu'il présentait un enfoncement de la partie postérieure du pariétal gauche, une asymétrie des pariétaux, le droit plus saillant que le gauche, enfin une paralysie faciale droite.

Obs. 20 (2112 de 1898). — *Bassin rétréci, promonto-sous-pubien, 10.6. — Présentation de la face variété frontale. — Symphyséotomie par M. Funck-Brentano.*

Femme B..., couturière, XIpare, entrée en dortoir le 12 octobre 1898, ayant eu ses dernières règles du 20 au 22 janvier. Cette femme n'a jamais été malade, elle a marché à un an et elle a toujours bien marché. L'utérus mesure 44 centimètres de hauteur, et il est fortement dévié à droite. L'enfant se présente par l'extrémité céphalique en DT.

L'engagement n'est pas effectué.

Le foyer d'auscultation est à droite. Bassin rétréci, promonto-sous-pubien, 10.6.

Voici l'histoire des grossesses et des accouchements antérieurs.

Première grossesse, juillet 1886. Fille à terme se présentant par le sommet, née spontanément. Elevée au sein pendant quatre mois, puis au biberon. Morte à quatorze mois.

Deuxième grossesse, décembre 1887. Fille née spontanément à terme par le sommet, vivante et bien portante, élevée au biberon par la mère.

Troisième grossesse en 1888. Fille, née spontanément à terme par le sommet. Elevée au biberon par la mère, morte à dix-huit mois.

Quatrième grossesse en 1889. Garçon, né spontanément par le

sommet à terme, élevé au biberon par la mère, mort à six mois.

Cinquième grossesse, en 1890. Avortement d'environ trois mois et demi.

Sixième grossesse en 1891. Accouchement prématuré à sept mois, fœtus mort pendant le travail.

Septième grossesse en 1892. Fille à terme, vivante, extraction sous chloroforme à la Charité. Morte douze jours après sa naissance.

Huitième grossesse en 1893. Garçon né spontanément à terme par le sommet, élevé au sein par la mère, pendant 18 mois, vivant et bien portant.

Neuvième grossesse en 1896. Garçon se présentant par le sommet, accouchement à Beaujon, extraction sous chloroforme, basiotripsie.

Dixième grossesse, 30 juin 1897. Fille à terme, sommet en G. P., procidence du cordon, version podalique pratiquée par M. Budin à la Maternité, fœtus mort de 3.250 grammes. Bi-pariétal, 9.7.

Onzième grossesse, actuelle.

Cette femme se reposait depuis deux mois, lors de son entrée à la Clinique Baudelocque, le 12 octobre 1898.

Le 16 octobre, on ramène la tête en bas et on applique une ceinture eutocique qu'elle garde et qu'on surveille tous les jours.

Le 30 novembre, vers les 10 heures du soir, la femme ressent les premières douleurs et perd les eaux presque aussitôt. Examinée immédiatement, on constate que la tête est fixée.

Les bruits du cœur sont bons. Le col est dilatable comme une pièce de 2 francs.

Le lendemain 1^{er} décembre à 7 heures du matin, la tête bombe dans l'excavation, les bruits du cœur sont bons. La dilatation a les dimensions d'une pièce de 5 francs. La ceinture est enlevée. Malgré les recommandations qui lui sont faites, la femme fait des efforts d'expulsion.

La dilatation reste stationnaire jusqu'à 7 heures du soir. La lèvre antérieure du col est transformée en une sorte de long polype, la lèvre postérieure est aussi très œdématiée et allongée de 3 à 4 centimètres. On constate de plus une large déchirure du col à gauche. On prescrit un bain d'un quart d'heure.

A 7 h. $1/4$, on constate que la dilatation est d'une grande paume de main. On arrive facilement, par le toucher, sur le front, le nez, dont les orifices regardent à gauche et sur les globes oculaires.

M. Pinard, prévenu, conseille de faire une symphyséotomie.

A ce moment le pouls est à 120, la température à 38°. Les bruits du cœur du fœtus sont à 160, puis à 140. Le liquide amniotique qui s'écoule est épais et de couleur olivâtre.

A 9 h. 25, M. Funck-Brentano commence l'opération assisté de M. Wallich. A 9 h. 36, la symphyse est sectionnée. L'écartement du pubis est porté à 5 cent. 5. La tête commence à descendre. M. Wallich introduit la branche droite et la branche gauche du forceps, mais, au moment d'articuler, la tête descend et progresse beaucoup. Aussi il est jugé préférable de laisser la femme se réveiller et pousser, et l'on retire le forceps. La tête apparaît à la vulve, on voit se dégager le front, le nez, la bouche, puis le menton.

A 9 h. 48, expulsion d'un garçon, qui naît étonné, mais est promptement ranimé.

A 9 h. 50, délivrance artificielle, sutures, deux fils d'argent profonds, quatre points superficiels. Drainage avec une mèche de gaze iodoformée.

L'enfant présente une bosse séro-sanguine sur la moitié gauche du frontal ; il pèse 3.700 grammes, ayant rendu son méconium, et mesure 53 centimètres de long.

Diamètres de la tête, qui présente les déformations caractéristiques de la présentation du front. (Les chiffres en italiques indiquent les mensurations faites le lendemain par M. Pinard.)

OM . . .	43	<i>43</i>	OF. . . .	42.3	<i>41.6</i>
SOB . . .	40.4		SOF . . .	9.7	<i>11.3</i>
BIP . . .	9.7	<i>9.5</i>	Naso-frontal.	55	
BIT . . .	7.5	<i>8.3</i>	SMB . . .	40.3	

Circonférences de la tête 35/37.

Le placenta pèse 650 grammes, les membranes sont complètes.

Suites de couches normales. Les fils sont enlevés le 12 décembre et la femme quitte le service le 1^{er} janvier 1899 en parfait état, avec son enfant qu'elle a nourri elle-même et qui pèse alors 4.190 grammes.

Obs. 21 (686 de 1900). — *Bassin rétréci, promonto-sous-pubien, 9.5. — Présentation de la face en variété frontale. — Symphyséotomie par M. Paquy. — Enfant de 3.620 grammes. — BiP., 9.3. — Rupture prématurée des membranes. — Délivrance artificielle.*

La nommée Vandap..., âgée de 36 ans, ménagère, VIII^e pare, est entrée à la Clinique Baudelocque le 13 avril, à 9 h. 30 du soir.

Cette femme a marché à quinze mois, puis, dit-elle, à la suite d'une chute, elle n'a recommencé à marcher qu'à vingt-deux mois. Elle a eu une rougeole et une scarlatine à l'âge de 7 ans.

Première grossesse, terminée le 28 août 1885 chez elle, par la naissance spontanée d'une fille se présentant par le sommet ; actuellement vivante.

Deuxième grossesse, 15 octobre 1887. Accouchement spontané à terme par le sommet d'une fille morte à un mois.

Troisième grossesse, 11 mars 1889. Fille née en présentation du siège ; vivante.

Quatrième grossesse, 2 juin 1890. Fille née en présentation du sommet ; vivante.

Cinquième grossesse, 7 juillet 1892. Fille née en présentation du sommet ; vivante (Cochin).

Sixième grossesse, 7 avril 1895. Garçon né en présentation du sommet ; vivant (chez elle).

Septième grossesse, 24 avril 1897. Fille née en présentation du sommet ; vivante.

Tous ces enfants sont du même père ; ils ont été nourris au sein de la mère de dix-huit à vingt-deux mois. Cette femme n'a jamais été réglée pendant l'allaitement.

Cette femme a eu ses dernières règles du 20 au 25 juillet ; la hauteur de l'utérus est à 33 centimètres.

Son squelette présente des stigmates de rachitisme ; le bassin est vicié et mesure 9.5 dans le diamètre [promonto-sous-pubien ; l'enfant est en présentation de l'extrémité céphalique en D. T., vivant.

A l'entrée de cette femme, le 12 avril, à 9 h. 30 du soir, on cons-

tate, en outre, que le col a toute sa longueur, dilatable comme une pièce de 5 francs, et que les membranes sont rompues.

Le 13 *avril*, à 8 heures du matin, M. Paquy trouve par le palper une tête défléchie, sent nettement le coup de hache, et en touchant arrive sur le front. Le col a toujours toute sa longueur. Les contractions sont faibles et espacées.

A midi la femme commence à pousser. Dans l'après-midi, les contractions deviennent fortes, régulières, toutes les cinq minutes environ. Le liquide est verdâtre, les bruits du cœur sont à 140.

A 6 heures du soir, la dilatation est complète. Température, 37°7 ; Pouls, 120.

A 8 heures du soir, la tête est toujours au même niveau, en variété frontale ; il y a une énorme bosse séro-sanguine. La symphyséotomie est décidée. M. Paquy commence l'opération à 10 h. 50 ; l'écartement est porté à 5 centimètres. Aussitôt après l'écartement du pubis, la tête plonge dans l'excavation suivant le diamètre transversal, sans se fléchir ni se défléchir. On place un tampon de gaze iodoformée dans la plaie, on cesse le chloroforme. La tête apparaît bientôt à la vulve ; elle reste orientée suivant le diamètre transverse. A ce moment, la tête se défléchit et le menton apparaît au niveau de la branche ischio-pubienne gauche. La tête est alors expulsée. est 11 h. 13. L'expulsion du tronc suit aussitôt.

L'enfant pèse 3.620 grammes et crie presque aussitôt. Mlle Roze pratique la délivrance artificielle.

Suture et drainage de la plaie. Dans les suites de couches, 38° le soir du troisième jour avec 94 au pouls ; 38°5 le soir du septième jour avec 96 au pouls. On enlève les fils le 17 et le 19 *avril* ; la femme se lève le 2 *mai* et sort guérie le 6 *mai*.

L'enfant a des convulsions toute la journée du 14 *avril* et meurt le 15, à 8 heures du matin. Son poids était de 3.620 grammes, ayant rendu son méconium ; sa longueur de 53 centimètres.

(Les chiffres *italiques* indiquent les mensurations prises sur la tête conservée au musée de la Clinique.)

OM	13	12,2	BIP.	9,3	9
OF	12,8	12,1	BIT.	9	7,6
SOB	12	9,8	SMB	11,3	
SOF	12,4	11,7	Circ.	35/36	

Chevauchement du pariétal gauche sur le droit, de l'occipital sur le pariétal.

Placenta, 480 grammes. Membranes complètes.

L'enfant présente une ecchymose sur la partie gauche de la face, partant de la queue du sourcil et s'étendant en forme de virgule vers la partie inférieure de la joue.

La partie inférieure est large d'environ 1 centimètre.

Il y a une autre ecchymose sur la partie latérale droite du crâne s'étendant sur une longueur de 4 centimètres, du sommet du temporal pour s'arrêter à deux travers de doigt du pavillon de l'oreille. Il y a une autre ecchymose à 1 centimètre en avant. Les deux ecchymoses sont violacées et présentent à la partie médiane un commencement de sphacèle.

Obs. 22 (207 de 1901). — *Présentation du front.* — *Bassin vicié.*
Promonto-sous-pubien 11,5. — *Symphyséotomie par M. Paquy.*
— Forceps par M. Couvelaire. — *Enfant de 3.220 grammes*

La nommée A..., âgée de 30 ans, sans profession, primipare, entre à la salle de travail le 31 janvier, à 3 h. 1/2 du soir. Cette femme ignore à quel âge elle a marché, et ne présente aucune particularité dans ses antécédents. Elle avait séjourné à la Clinique du 12 décembre au 15 janvier ; on avait constaté chez elle un fœtus mobile avec excès de liquide ; l'utérus mesurait alors 41 centimètres. Elle a eus ses dernières règles du 25 au 30 avril. L'utérus est à 35 centimètres de hauteur.

L'examen de son squelette permet de constater une scoliose dorsale, et un promontoire difficilement accessible à 11,5.

Le fœtus se présente par l'extrémité céphalique, le dos à droite, vivant.

Le 29 janvier, à 10 heures du matin, rupture spontanée des membranes.

Le 30. — A 4 heures du soir, apparition des premières douleurs. Cette femme appelle chez elle un médecin, qui constate que la tête est très élevée, déborde le pubis, que la dilatation est de 0 fr. 50, les membranes rompues.

Les contractions sont fréquentes toute la nuit.

Le 31. — M. Paquy, appelé en consultation, constate une présentation du front ; le doigt arrive sur la racine du nez et sur un œil. La dilatation est grande comme une pièce de 5 francs. Pouls 120, température 37°2. L'utérus ne mesure plus que 35 centimètres.

La femme est conduite à la Clinique Baudelocque où elle arrive à 4 heures du soir. Les contractions sont fréquentes, les bruits du cœur accélérés, de 148 à 160.

6 heures du soir. La dilatation est comme une petite paume de main. Il y a une bosse séro-sanguine énorme.

8 heures du soir. Même état. M. Pinard conseille de pratiquer une symphyséotomie.

L'opération, faite par M. Paquy, est commencée à 8 h. 25. L'écartement est porté à 6 centimètres. La tête tend à s'engager, mais ne descend pas franchement dans l'excavation. On attend pendant une heure après la section pubienne pour laisser à la tête le soin de parfaire la dilatation. Celle-ci progresse lentement.

A 9 h. 1/2 la dilatation est complète, on fait une application de forceps ; mais malgré des tractions énergiques la tête ne s'engage pas et bientôt le forceps dérape. Une seconde tentative ne fut pas plus heureuse, et c'est seulement grâce à une troisième application qu'on put amener la tête à la vulve. A l'aide des branches du forceps on fait faire à la tête fœtale une rotation telle que le maxillaire supérieur vient se placer sous le bord inférieur de la symphyse sectionnée, et par flexion on dégage la tête.

Extraction d'un enfant de 3.220 grammes en état de mort apparente, ranimé et mis dans une couveuse.

Délivrance artificielle par Mlle Roze. Sutures et drainages.

Aussitôt après l'opération on voulut sonder la malade. On constate au niveau du méat une petite déchirure qui n'intéresse pas l'urèthre mais seulement le sphincter urétéral. La malade eut de l'incontinence

d'urine et elle dut être opérée à l'hôpital Lariboisière, trois mois environ après son accouchement, par le Dr Hartmann.

Suites normales sauf deux élévations à 38° le soir du troisième jour et le matin du quatrième, avec 120 et 116 au poulx, 38°5 le matin du cinquième jour et 112 au poulx.

Le 7 février, on enlève les fils. Le 16 la femme se lève et sort le 21.

L'enfant présente un enfoncement du pariétal gauche et une bosse séro-sanguine sur la région frontale. Il meurt le 2 février à 5 heures du matin.

Son poids était de 3.220 grammes, sa longueur de 49 centimètres.

OM.	13	BIP	9.1
OF.	11.7	BIT	8.1
SOB	11	SMB	11.8
SOF	11.3	Cir.	34/35

Placenta, 460. Membranes, 31/2 complètes.

Obs. 23 (1959 de 1901). — *Bassin rétréci*. — *Diamètre promonto-sous-pubien 10.2*. — *Présentation du front*. — *Symphyséotomie par M. Wallich*. — *Enfant vivant de 2.950 grammes*.

La nommée G..., âgée de 37 ans, ménagère, Ilpare, entre à la Clinique Baudelocque le 5 novembre 1901 à 9 heures du matin. Cette femme a marché à 1 an, puis a cessé de marcher jusqu'à 4 ans. Fièvre typhoïde dans l'enfance.

Premier accouchement le 20 juillet 1899, à terme, à la Clinique Baudelocque. Sommet spontané, fille, nourrie au sein maternel, morte à vingt-deux mois de rougeole (obs. 1395 de 1899). Ses dernières règles ont eu lieu au mois de février; la hauteur de l'utérus est de 35 centimètres.

Cette femme est petite, elle mesure 1 m. 40. Le bassin est rétréci et mesure 10.2 dans le diamètre promonto-sous-pubien.

Elle arrive à la salle de travail le 6 novembre à 11 h. 15 du soir, avec une dilatation comme 1 franc.

Pendant toute la journée du 7, quatre ou cinq contractions de 8 heures du matin à 8 heures du soir. A ce moment, dilatation de

2 francs. Poche des eaux volumineuse ; enfant vivant, se présentant par l'extrémité céphalique en DT.

Dans la nuit du 7 au 8 novembre, contractions toutes les demi-heures, dilatation entre 2 et 5 francs. Orifice épais.

Le 8 novembre. — A 7 heures du matin, contractions tous les quarts d'heure, orifice épais. Bruits du cœur normaux. Pouls 76, température 37°2.

A 2 heures du soir, rupture spontanée de la poche des eaux, dilatation stationnaire, les contractions deviennent assez énergiques. A 6 heures du soir, Mlle Roze constate que la dilatation est presque complète ; la tête, élevée et défléchie, présente un chevauchement considérable.

A 8 h 1/4 du soir, les contractions sont assez fréquentes et énergiques, la femme est fatiguée.

Au palper, on constate que le fœtus est en présentation de l'extrémité céphalique et les doigts explorant la tête sont arrêtés par une saillie occipitale très nette à droite, mais moins accentuée que la saillie située à gauche. Le dos est à droite, séparé de l'occiput par une dépression. La tête ne surplombe pas du tout le pubis.

On entend les bruits du cœur à droite, ils ont leur rythme normal.

Au toucher, on trouve le col dilaté comme une petite paume de main ; les lèvres, amincies au niveau de l'orifice, présentent à la périphérie une certaine épaisseur mais sont parfaitement souples et permettent d'espérer une facile dilatation.

Les membranes sont rompues, et l'on arrive directement sur la tête.

Celle-ci présente une bosse séro-sanguine très accentuée, mais qui permet malgré cela d'arriver sur la suture sagittale transversalement dirigée, et assez rapprochée du pubis ; la tête est donc inclinée sur son pariétal postérieur. *Cette suture sagittale ne présente aucun chevauchement des pariétaux.* Elle est sentie très nettement à droite avant d'être recouverte par la bosse séro-sanguine.

Au niveau de cette bosse on sent, à travers les tissus infiltrés, la fontanelle antérieure, et l'on délimite très nettement le losange qui marque ses limites et qui forme en somme le centre de la présenta-

tion. La suture qui sépare les frontaux se continue à gauche dans la profondeur.

La *suture fronto-pariétale*, accessible en arrière au niveau et en dehors de la bosse séro-sanguine, présente au contraire un *chevauchement très accentué*. La tête non engagée est solidement fixée dans l'attitude sus-indiquée, obturant suffisamment l'utérus pour avoir permis au liquide d'y être encore contenu en quantité très notable, malgré la rupture des membranes qui s'était produite spontanément à 2 heures du soir.

L'examen du bassin permet de constater que la face antérieure du sacrum est accessible ainsi que le promontoire. La tête et la bosse séro-sanguine gênent pour faire une mensuration à ce moment.

Il s'agit donc d'une tête enclavée en présentation du front au niveau du détroit supérieur dans un bassin rétréci (P. s. p., 10. 2). Je décide la symphyséotomie.

La femme est anesthésiée et l'opération commencée à 9 heures ne présente aucune particularité.

L'écartement est porté à 58 millimètres. A 9 h. 10, application de forceps en D. T. A 9 h. 15, extraction d'un enfant vivant qui se met bientôt à crier. Délivrance artificielle. Deux points de sutures profondes au fil d'argent comprenant la peau et tous les tissus présymphysiens. Sutures superficielles. Drainage à la partie inférieure de la plaie avec une mèche de gaze stérilisée.

L'application de forceps a été pratiquée dans l'excavation où la tête a pénétré par suite de l'agrandissement du bassin : la branche droite en arrière, la branche gauche en avant, sur les régions pariéto-malaires, la courbure pelvienne dirigée à droite.

La rotation s'est faite avec la plus grande facilité. A partir de ce moment, des aides ont appuyé solidement sur les trochanters, suivant la pratique indiquée par Varnier, pendant l'extraction à travers le bassin mou et la vulve. Le front apparaît le premier et le dégagement s'opère ayant un point sous-nasal comme centre.

Suites de couches physiologiques. Un seul incident à noter : eschare au sacrum. On retire les fils le 18 novembre. La femme se lève le 29 novembre.

L'enfant, un garçon, pèse 2.950 grammes et mesure 44 centimètres. Le placenta est de 420 grammes ; les membranes sont déchirées, mais paraissent complètes.

Mesures prises immédiatement (les chiffres en italiques indiquent les mesures prises le lendemain) le 9 novembre à 10 heures du matin.

OM . . .	12.2	<i>12</i>	BIP . . .	8.6	<i>8.2</i>
OF . . .	11.5	<i>12.2</i>	BIT . . .	7.3	<i>7.7</i>
SOB . . .	10.2	<i>11.3</i>	SMB . . .	10.7	<i>9.8</i>
SOF . . .	11.5	<i>11.5</i>	Cir . . .	33	<i>29</i>

L'enfant pèse 3,750 grammes le 10 décembre.

Premier accouchement en 1899. Entrée le 20 juillet à 3 heures du soir.

Dilatation de 1 franc. Dilatation complète à 4 h. 45 du soir. Rupture précoce spontanée des membranes à 2 h. 1/2. Expulsion à 5 h. 5, OP. Délivrance naturelle. Enfant, fille, 3.230 grammes. Longueur 50. Diamètres de la tête.

OM	14.5	BIP	8
OF	11.7	BIT	6,7
SOB	10	SMB	9
SOF	10.6		

Obs. 24 (420 de 1906). — *Présentation du front.*

Symphyséotomie par M. Sauvage.

G. E..., 28 ans. IIpare.

1^{er} accouchement. Sommet spontané à terme. Durée du travail, 19 heures. Enfant vivant, 3.650 grammes.

Grossesse actuelle. Dernières règles, 24-28 mai.

Début du travail, 6 mars à minuit. Entrée à la salle de travail, 6 mars à 2 heures matin.

Examen à l'entrée : Hauteur de l'utérus : 36 centimètres. Présentation de l'extrémité céphalique, tête mobile, dos à gauche, orifice dilaté comme 5 francs, membranes intactes. Promontoire accessible.

Bruits du cœur bons.

2 h. 15 matin. Rupture précoce spontanée des membranes. Liquide amniotique verdâtre. Bruits du cœur réguliers à 130.

8 heures matin. Orifice dilaté comme une petite paume de main.

10 heures matin. M. Pinard pratique le palper mensurateur, la tête passera peut-être mais à frottement.

Pendant l'après-midi les contractions utérines sont énergiques.

2 h. 30 soir. — La tête reste élevée et est mal fléchie.

6 h. 30. La tête est toujours aussi élevée malgré l'énergie des contractions. L'orifice est dilaté comme une grande paume de main.

9 heures soir. M. Sauvage constate par le palper que la partie la plus saillante de la tête se trouve du même côté que le dos, et en est séparée par un coup de hache. Toucher : bosse séro-sanguine volumineuse, on compte quatre sutures qui semblent se couper à angle droit. Pas de fontanelle accessible. M. Sauvage pratique le toucher manuel afin de se mieux rendre compte des rapports de la tête avec le bassin. Il s'agit bien d'une présentation du front. La tête est difficilement mobilisable et non engagée.

Après avoir vérifié que le rythme des bruits du cœur n'est pas troublé, M. Sauvage prévient M. Pinard qui décide de pratiquer la symphyséotomie. Pendant les préparatifs le ventre prend l'aspect dit à deux étages malgré l'état de vacuité de la vessie.

Minuit 15. — M. Sauvage aidé de M. Mouchotte pratique la symphyséotomie. L'écartement des pubis est porté à 6 centimètres. Extraction par le forceps d'un enfant de 3.300 grammes.

Diamètres : OM : 12. 7 ; OF : 11. 3 ; SOB : 10 ; SOF : 11 ; BIP : 93 ; BIT : 8. 4 ; SMB : 11. 1.

De la racine du nez au bregma : 7 centimètres. Circonférences : 32/34.

Délivrance artificielle. Membranes déchirées, mensuration impossible. Poids du placenta : 530 grammes.

Suites de couches : Les 7 premiers jours la température oscille entre 37° et 39°4. Le pouls varie entre 104 et 128. Puis température normale.

La mère et l'enfant sortent en bon état le 14 avril.

En 1908, le 23 mai, la femme vient expulser spontanément un

enfant qui s'est présenté par le sommet, au 9^e mois, et qui pèse 2.830 grammes avec un BIP de 8. 2 et OM. de 12.5, vivant. Résultat post-opératoire : Etat parfait : aucun trouble de la marche, aucun trouble urinaire.

Actuellement il existe un écartement permanent d'environ 1 centimètre entre les deux pubis.

Les résultats obtenus démontrent clairement que les enfants surtout ont bénéficié de la symphyséotomie. Avant son apparition l'accouchement se produisait aux dépens du fœtus, l'accoucheur réservait 26 chances sur 100 de vie à l'enfant pour sauver la vie de la mère, encore n'y arrivait-il pas toujours (mortalité maternelle, 11 0/0).

La symphyséotomie a heureusement modifié cet état de choses sans augmenter la *mortalité maternelle* (*observ. des symphyséotomies*). Mais 18 0/0 des enfants succombaient encore pendant le travail ou quelques jours après leur naissance et la cause de leur décès est presque toujours la même.

La symphyséotomie permet d'agrandir le bassin ; mais que consécutivement à la symphyséotomie l'accouchement soit spontané ou qu'une application de forceps soit nécessaire, l'enfant sortira par les voies génitales et nous savons que la première des conditions dans ce cas est que la dilatation soit complète. On ne s'exposera jamais en effet à produire des lésions de l'orifice ou même une rupture utérine par une application prématurée de forceps. Mais que d'aléa dans l'attente de cette dilatation complète !

Dans les présentations du front le travail est toujours très long. La dilatation de l'orifice ne peut se faire rapidement que quand la poche des eaux est intacte. Nous avons vu que dans le plus grand nombre des cas, le placenta est inséré sur le

segment inférieur, et dans de telles conditions la rupture prématurée ou précoce des membranes est toujours à craindre. Celles-ci rompues, c'est la tête fœtale elle-même ou plutôt une bosse séro-sanguine volumineuse développée à son point le plus déclive qui complétera la dilatation, et nous savons avec quelle lenteur.

On a bien essayé de pratiquer la section du pubis avant la dilatation complète pour permettre à la tête de descendre dans l'excavation afin que son action soit plus rapide, cette manière de procéder a été abandonnée. Sait-on jamais en effet au bout de combien de temps la dilatation sera complète ! Les contractions utérines peuvent s'espacer et la femme court les dangers d'une infection de la plaie symphysienne.

Les procédés de dilatation instrumentale ou digitale de l'orifice utérin exposent, notre maître nous l'a souvent répété, à des lésions de l'orifice utérin, surtout dans les cas où se produisent des phénomènes d'infiltration qui enlèvent à ce dernier toute son élasticité et toute sa souplesse.

L'introduction d'un ballon de Champetier dans les cas où elle serait possible, si la tête n'est pas enclavée, ferait courir à la femme les risques d'une rupture utérine, l'utérus étant vide de liquide amniotique ou déjà infiltré dans son segment inférieur.

Pendant toute cette période si angoissante de dilatation, l'accoucheur désarmé peut s'attendre à *voir succomber l'enfant, la mère elle-même peut être victime d'une rupture utérine.* Et quand enfin la dilatation étant complète, l'opération peut être pratiquée, l'enfant encore vivant présente souvent des traumatismes crâniens, enfoncement des os du crâne ou pla-

ques de sphacèle qui le font mourir peu de jours après sa naissance (V. obs. 21 et 22).

Dans les observations que nous rapportons nous voyons en effet que dans tous les cas la mort de l'enfant survenue pendant le travail ou après la naissance survient parce que l'intervention opératoire n'a pu être assez rapidement pratiquée.

D'autres accidents moins graves peuvent survenir, provoquant des lésions des parties molles pendant l'écartement ou l'extraction de l'enfant. Les primipares dont les parties molles naturellement étroites n'ont pu bénéficier du relâchement que cause toujours un accouchement antérieur ; et comme l'a dit le professeur Pinard à la séance de juin 1908 de la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie* : « Dans le cours de l'extraction de la tête dans la symphyséotomie, il y a à exécuter un mouvement de rotation qui est difficile, c'est à ce moment que peut se produire la déchirure de la paroi antérieure du vagin et même de la vessie. »

Dans une de nos observations est relatée une déchirure intéressant le sphincter urétral ; la femme présentant de l'incontinence d'urine fut opérée 3 mois après son accouchement par M. Hartmann à Lariboisière.

Certes l'apparition de la symphyséotomie a fait réaliser un grand progrès à la thérapeutique des présentations du front, mais elle n'est pas dans tous les cas l'opération idéale. Une intervention pouvant être pratiquée extemporanément, quel que soit le degré de la dilatation, au premier signe de souffrance du fœtus, permettra à l'accoucheur de sauver la vie de l'enfant sans peut-être faire courir de plus grands risques à la mère. L'opération césarienne remplit ces indications, et trois fois déjà dans l'année 1908 cette intervention fut pratiquée sur

les indications du professeur Pinard dans trois cas de présentation du front. Les indications opératoires furent basées par notre maître sur les constatations de la tendance à l'enclavement de la tête, de l'œdème de l'orifice remontant sur le segment inférieur, de l'étroitesse du bassin et la dilatation incomplète.

Dans les trois cas les trois enfants sont sortis vivants de la Clinique.

Les trois femmes ont échappé à la rupture utérine que pouvait faire craindre l'œdème du segment inférieur, et les enfants à une mort certaine. Une des femmes succomba à l'infection. Cette femme était arrivée à la Clinique en plein travail sans soins préalables. Les conditions dans lesquelles la césarienne doit être conservatrice ou mutilatrice sont encore mal déterminées. L'avenir imposera peut-être dans les circonstances semblables l'opération moins grave imaginée par Porro.

La thérapeutique des présentations persistantes du front a donc évolué depuis l'apparition de la symphyséotomie et nous sommes loin déjà des idées de Gravier qui propose dans sa thèse de 1892 de pratiquer la symphyséotomie d'emblée comme intervention de choix dans les présentations définitives du front.

En résumé, nous pensons que dans *les présentations du front quand la tête n'est pas engagée*, l'accoucheur, si le toucher n'a pas indiqué un rétrécissement accusé du bassin et si le palper mensurateur ne montre pas une disproportion marquée entre le volume de la tête fœtale et l'aire du détroit supérieur, doit s'abstenir au début du travail de toute intervention pour que la femme puisse bénéficier d'un accouchement spontané.

Si la tête ne s'engage pas et si aucune complication ne survient pendant la période de dilatation, l'intervention de choix sera la symphyséotomie maternelle ou fœtale chez une multipare.

Si les mêmes conditions de non-engagement et du défaut de progression de la tête fœtale existent, l'opération césarienne sera substituée à la symphyséotomie :

1° Chez une primipare, pour éviter les lésions des parties molles pendant l'écartement du pubis ou la rotation de la tête extraite au forceps ;

2° Chez toute femme qui présentera au cours du travail de l'œdème des bords de l'orifice utérin et du segment inférieur, comme traitement prophylactique de la rupture utérine.

Enfin la césarienne sera pratiquée chez toute femme, primipare ou multipare, chaque fois qu'au cours de « l'angoissante période de dilatation » la vie du fœtus sera menacée (souffrance ; procidence du cordon).

Nous ne pouvons que suivre notre maître, le Professeur Pinard, dans la voie nouvelle qu'il vient de nous tracer, en disant : « M. Wallich nous a montré qu'en pratiquant la symphyséotomie la mortalité fœtale était encore de 28 0/0. J'espère faire mieux, et pour cela je pratique sans hésitation l'opération césarienne » et « Excepté chez une multipare je donne la préférence à l'opération césarienne ». De plus en plus je substitue l'opération césarienne à la symphyséotomie (Communication orale à la *Société d'obstétrique, gynécologie et pædiatrie*, séance du 15 juin 1908).

Obs. 25 (324 de 1908). — *Présentation du front avec tendance à l'enclavement, chez une primipare ayant le promontoire accessible. — Opération césarienne conservatrice par M. Mouchotte. — Mère et enfants vivants.*

La femme L..., primipare de 25 ans, vient le 7 février 1908 à la consultation des femmes enceintes de la Clinique Baudelocque.

On constate chez elle qu'il n'y a pas d'accommodation pelvienne et que le bassin est étroit (promontoire accessible). Pour ce double motif, elle est admise le même jour au dortoir de la Clinique.

Ses parents, encore vivants, ont eu 13 enfants dont 7 sont morts en bas-âge et 6 sont vivants. Elle-même, élevée au hiberon par une nourrice inconnue, a marché à 18 mois. Elle a été réglée à 13 ans, régulièrement, avec une durée de 4 jours. Elle s'est toujours bien portée.

Ses dernières règles datent du 20 au 25 mai 1907. Elle est donc dans son 9^e mois, à son entrée dans le service. L'examen du Dr Lacasse, chef de clinique adjoint, montre qu'il s'agit d'une présentation de l'extrémité céphalique, dos à gauche et que l'obstacle à l'engagement est l'étroitesse du bassin. Au palper mensurateur, il constate que la tête ne déborde pas au-dessus de l'aire du détroit supérieur.

L'examen général ne révèle rien de particulier. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le travail commence le 20 février 1908 à 4 heures du soir. L'extrémité céphalique est toujours mobile au-dessus du détroit supérieur ; l'enfant est vivant. Les contractions utérines, douloureuses, sont peu fréquentes et restent espacées pendant toute la nuit du 20 au 21.

Le 21 février, à 8 heures du matin, les contractions deviennent régulières, rapprochées et énergiques. La dilatation est alors de 5 francs et la sage-femme de garde croit trouver, dans la poche des eaux, à côté de la tête, en avant et à droite, une main en procubitus. Mlle Roze, sage-femme en chef, est prévenue, et pratique l'exploration manuelle, la femme étant placée dans la position obstétricale.

La partie accessible de la présentation, haut située et explorée à

travers la poche des eaux, lui permet de reconnaître qu'il n'y a pas de procubitus de la main, que la tête est en voie de déflexion et paraît devoir se présenter par la face, ainsi qu'il résulte de l'exploration successive : des narines orientées à droite et en arrière, des globes oculaires et du front.

A 9 h. 30, le D^r Mouchotte constate par le palper, à gauche et en avant, un pôle fœtal dur et résistant, saillant et situé du même côté que le plan résistant dont il est séparé par un sillon. Les bruits du cœur sont entendus faiblement à gauche, avec intensité à droite et très en arrière, au niveau de l'ombilic.

Au toucher, l'orifice est dilaté comme 5 francs ; ses bords sont très minces. La poche est continuellement tendue, car les contractions utérines sont subintrantes. Pour la respecter, on se dispense d'explorer, au toucher, la présentation.

A 10 heures du matin, M. Pinard fait les mêmes constatations. Le palper mensurateur lui montre qu'il n'y a pas disproportion notable entre le volume de la tête et les dimensions du bassin.

Au toucher : promontoire et face antérieure du sacrum accessibles. L'attitude de la tête, l'étroitesse du bassin font faire des réserves à M. Pinard sur le mode de terminaison de l'accouchement. Mais, comme la femme est primipare, qu'il n'y a pas de disproportion accusée entre le volume de la tête et les dimensions du bassin, que les contractions sont bonnes, que l'enfant ne souffre pas, il conseille d'attendre.

De 10 heures du matin à 2 h. 15 du soir, même état. Les contractions utérines sont énergiques, répétées, mais la dilatation reste stationnaire (5 fr.). L'orifice commence à s'œdématiser en avant. La tête est toujours au niveau du détroit supérieur, dans une situation intermédiaire à la flexion et à la déflexion. M. Pinard qui fait ces constatations, à 2 h. 15, conseille de rompre la poche des eaux, dans deux heures si la dilatation n'a pas progressé. Puis, si un incident se produisait avant la dilatation complète, ou si le rythme des pulsations fœtales se modifiait, on interviendrait par la voie haute.

A 4 h. 15 : même dilatation, même situation de la tête. La poche des eaux est rompue artificiellement : il s'écoule du liquide amniotique.

que opalescent. Les contractions demeurent énergiques et régulières.

A 7 heures du soir, Mlle Roze et le D^r Mouchotte examinent la femme : *l'orifice utérin est revenu sur lui-même ; il est dilaté comme 2 francs ; il est œdématié et l'œdème remonte déjà sur le segment inférieur.*

En outre, la tête, fixée dans l'aire du détroit supérieur, présente les particularités suivantes : *à droite et en arrière*, on trouve la lèvre supérieure et le nez ; le menton n'est pas accessible. Au milieu du bassin, on trouve les arcades sourcilières (surtout la postérieure, c'est-à-dire la gauche), et les globes oculaires (surtout le gauche). *A gauche et en avant* on trouve le front qui a pénétré dans la partie antérieure et gauche du bassin, mais seulement dans la portion haute de l'excavation, jusqu'au niveau de la partie inférieure de la fontanelle antérieure. On ne sent de cette fontanelle qu'une petite étendue. Il ne peut s'agir d'une présentation de la face ; d'autre part, ce n'est pas une présentation nette du front.

A 7 h. 30 du soir, M. Pinard est mis au courant de la situation. Etant donné la tendance à l'enclavement de la tête, le retrait de l'orifice œdématié, l'étroitesse du bassin, M. Pinard donne l'ordre de pratiquer une *opération césarienne conservatrice*.

Opération césarienne conservatrice. — L'opération est pratiquée le 21 février 1908, à 9 heures du soir, par le D^r Mouchotte assisté du D^r Cazeaux. En voici les temps principaux : laparotomie, extériorisation et incision habituelle de l'utérus. Le placenta incisé en avant est décollé avec le doigt.

Extraction du fœtus au-dessus du placenta, puis du placenta et des membranes. Une mèche de gaze stérilisée est introduite par l'utérus dans le vagin.

Après injection, sous la peau du bras, d'un demi-centimètre cube d'ergotine, suture en masse de la paroi utérine à l'aide de 8 catguts n° 2 ; puis surjet au catgut n° 1 du plan musculo-séreux. Le péritoine du segment inférieur est légèrement soulevé par l'œdème. Mise en place d'un drain abdominal n° 40 et suture de la paroi en deux plans.

Immédiatement après l'opération, dont la durée a été de 32 minu-

tes, on retire par le vagin la mèche utérine et vaginale et on fait une petite injection avec de l'eau bouillie.

L'enfant extrait est une fille pesant 3 kilogrammes, présentant les déformations caractéristiques suivantes : sur le front, dans la région intersourcilière surtout, une *bosse d'œdème* qui disparaît, à vue d'œil, dans les instants qui suivent l'extraction ; au-dessus des frontaux, au niveau de la fontanelle antérieure, un *sillon très accusé* déterminé par l'enclavement dans l'aire du détroit supérieur et limité au-dessus par la saillie très prononcée des pariétaux.

Voici les diamètres de la tête :

OM	13	BIP	9
OF	12	BIT	7.6
SOB	9.3	SMB	12
SOF	10.6	Circonf.	31/34

Le placenta, de forme irrégulière et présentant un cotylédon supplémentaire pèse 480 grammes. Les membranes sont déchirées et paraissent complètes, mais la mensuration est impossible.

Suites. Ces suites ont été tout à fait bonnes. Pendant 48 heures la température oscille entre 37°5 et 37°6, pour tomber ensuite définitivement à 37° et au-dessous ; le pouls, d'abord oscillant entre 104 et 120, descend pour se maintenir aux environs de 80. Selles et mictions normales. Le drain abdominal n° 40 est remplacé le 23 février par un drain n° 30 et le 24 par un drain n° 25. Suppression du drain le 26. Ablation des fils profonds le 29 février et des fils superficiels le 2 mars. La femme se lève le 13 mars et sort sur sa demande, en bon état, le 19 mars.

A part un ictère, survenu les premiers jours après la naissance, l'enfant élevé au sein maternel s'est développé d'une façon régulière. A la sortie son poids était de 3 k. 250.

Obs. 26 (1309 de 1908). — *Présentation persistante du front avec tendance à l'enclavement. — Opération césarienne conservatrice par M. Mouchotte.*

M. E..., 25 ans, infirmière, secondipare, entre au dortoir de la Clinique Baudelocque le 2 juin 1908.

Nourrie au sein et au lait cru, ayant marché, dit elle, à 10 mois, réglée à 13 ans et toujours régulièrement, de santé bonne, M. E... devient enceinte une première fois en 1906 et accouche en avril 1907 d'un garçon qui, extrait par le forceps, meurt trois jours après la naissance.

Cinq mois après cet accouchement M. E... commence une 2^e gros-



sesse, la grossesse actuelle. Elle a ses dernières règles du 17 au 21 septembre.

A l'entrée au dortoir elle est examinée par le Dr Lacasse qui constate quelques stigmates de rachitisme (parenthèse fémorale ; incurvation des tibias ; chapelet costal), diagnostique une présentation de l'extrémité céphalique et atteint le promontoire au toucher. Deux jours après, le fœtus mobile s'est déplacé et se présente par le siège.

Une version externe ramène la tête en bas, et cette tête est maintenue par une ceinture.

Le 18 juin M. Pinard remarque que la tête n'appuie pas d'aplomb sur l'aire du détroit supérieur ; le placenta s'insère en partie sur le segment inférieur. Le palper mensurateur ne renseigne pas d'une façon convenable : un examen ultérieur s'impose.

Le 2 août à 11 heures du soir débute le travail.

Le 3 août à 1 heure du matin, les membranes se rompent spontanément : le liquide qui s'écoule est normal. Le col est alors ouvert comme un franc.

10 heures du matin, examen du D^r Mouchotte :

H. U. : 37 centimètres. La tête qui se présente fuit vers la fosse iliaque droite. Elle est ramenée au-dessus du détroit supérieur. Elle apparaît haut située. Le palper mensurateur montre qu'elle déborde modérément, mais ne peut donner de renseignements plus précis par suite de l'épaisseur et de la tension de la paroi. Les bruits du cœur sont perçus à droite.

Au toucher, le doigt mesure un Pr. S. P. égal à 10 cent. 6, contourne un col ouvert comme un franc et rend compte de la tendance à la pénétration d'une partie de la sphère céphalique dans l'aire du détroit supérieur.

Au toucher et palper combinés on constate à droite, empiétant vers la fosse iliaque, la majeure partie de la tête qui déborde. On a l'impression que la tête ne s'engagera pas. Néanmoins on juge bon d'attendre, car les contractions utérines n'ont encore été que peu énergiques et très espacées. Une ceinture est posée pour empêcher la tête fœtale de fuir à nouveau dans la fosse iliaque.

Les contractions utérines ne deviennent régulières que le soir vers 6 heures ; elles se reproduisent toutes les dix minutes environ. A cette heure le col s'est effacé et l'orifice utérin est dilaté comme un franc. Quant à la tête fœtale son attitude n'a pas varié.

Le 4 août à 2 heures du matin, la tête paraît se fixer. Depuis quelques heures les contractions utérines sont très énergiques. La dilatation est de cinq francs, *mais les bords de l'orifice utérin sont œdématisés et l'œdème remonte sur le segment inférieur.*

A 11 heures du matin, M. Pinard examine la femme.

Voici le libellé de ses constatations : le palper du segment inférieur ne peut être fait que d'une façon toute relative. Le placenta s'insère en partie en avant.

Au toucher, le doigt reconnaît dans l'aire du détroit supérieur une portion de la sphère céphalique qu'il est impossible de déterminer par suite de la présence d'une volumineuse bosse séro-sanguine.

Le toucher et le palper combinés révèlent à droite et au-dessus de la ligne innommée, débordant légèrement l'aire du détroit supérieur, une saillie sphérique qui est l'autre segment de l'extrémité céphalique. Soit au moment, soit dans l'intervalle des contractions utérines, la tête demeure immobilisée. *Cette attitude particulière de la tête* qui fait penser à une présentation du front d'une part, le fait, d'autre part, que cette tête est *bloquée*, font formuler à M. Pinard l'indication d'une intervention par la voie haute.

A une heure de l'après-midi, le Dr Mouchotte, aidé par le Dr Eudes, pratique la laparotomie.

L'utérus est extériorisé, la cavité abdominale protégée. L'incision utérine commence au-dessus du segment inférieur. Le bistouri rencontre le placenta qui s'insère en avant, en bas et à gauche. Le doigt s'insinue dans le plan de clivage entre la paroi utérine et le placenta, décolle et récline ce dernier, pendant que les ciseaux qui ont remplacé le bistouri ouvrent l'utérus verticalement de bas en haut jusqu'au niveau de son fond.

L'enfant saisi par les pieds ne peut être extrait ; le segment inférieur, œdématié, se moule sur la tête fœtale, la gante pour ainsi dire. L'incision utérine est alors prolongée en bas, sur le segment inférieur, jusqu'au niveau du fond vésical. Malgré ce débridement, la tête reste enclavée par la partie de son segment qui a pénétré dans l'aire du détroit supérieur et pour l'extraire deux doigts doivent être introduits dans la bouche du fœtus et exercer des tractions soutenues.

L'enfant extrait présente la déformation caractéristique de la *présentation du front*. Il pèse 3.720 grammes.

La cavité utérine est nettoyée ; une mèche de gaze stérilisée est poussée de l'utérus dans le vagin ; quelques débris membraneux ne peuvent être détachés du segment inférieur.

La tranche de section de la paroi utérine rétractée est très épaisse (3 cent.). Elle est suturée par une série de catguts séparés, puis par un surjet musculo-péritonéal. L'utérus est alors remis en place ; un drain n° 40 est laissé dans la cavité abdominale et la paroi suturée en deux plans. Pansement aseptique.

Une injection de 1/2 centimètre cube d'ergotine a été faite au moment de la suture.

La mèche passée de l'utérus dans le vagin est retirée sitôt l'intervention terminée et une légère injection vaginale à l'eau bouillie débarrasse le vagin de quelques caillots.

Les suites furent simples avec poulx élevé (100-124) pendant les deux premiers jours. Cependant le dixième jour l'opérée eut un point de côté à droite ; en même temps la température s'éleva à 39°, le poulx monta de 84 à 124. Quelques ventouses, une immobilisation absolue soulagèrent la malade. Le lendemain, la température n'était plus qu'à 37°8 et le poulx à 88. Quarante-huit heures après cet incident la température était normale.

Le drain n° 40 fut remplacé par de plus petits ; cinq jours après l'opération le drainage était supprimé. Les fils furent enlevés le dixième jour et le 12 septembre la femme quittait le service en parfait état. Elle emmenait avec elle son enfant, pesant alors 4.030 grammes. Cet enfant avait pris le sein de sa mère dès le troisième jour après l'opération.

Les diamètres céphaliques pris après l'extraction étaient les suivants :

OM.	13	BIP.	9.7
OF.	12.3	BIT.	8.8
SOF	11.5	SMB	11.6
SOB	10.6		

Circonférences 35-37. La tête était très ossifiée et il était impossible d'apprécier les sutures.

Obs. 27 (2001 de 1908). — *Présentation persistante du front. — Œdème du segment inférieur. — Césarienne conservatrice par M. Mouchotte. — Mort de la femme.*

R. L..., 29 ans. Ipare, ayant eu ses dernières règles du 7 au 12 février.

Les premières contractions utérines douloureuses apparaissent le 22 novembre à minuit. Le 22 novembre à 2 heures du matin, la femme entre à la clinique Baudelocque et l'on constate que la hauteur utérine est de 34 centimètres.

Au-dessus du détroit supérieur, la sphère céphalique est très accessible, le dos de l'enfant est à gauche. Les bruits du cœur sont bons.

Toucher. Le col est ouvert comme 2 francs. Les membranes sont intactes, et l'on sent à travers la poche des eaux la fontanelle antérieure à peu près au centre de l'excavation, puis les globes oculaires et la racine du nez

10 heures matin. La dilatation est de 5 francs, la tête toujours élevée. Les bruits du cœur bons. M. le professeur Pinard affirme le diagnostic de présentation du front. Il rectifie une erreur d'interprétation, le diagnostic de MIPT ayant été porté, le doigt n'arrivant pas sur le menton.

11 heures 20. La dilatation est d'une petite paume de main. La poche des eaux volumineuse et tendue.

11 heures 30. Rupture spontanée des membranes. Le liquide est vert. L'orifice utérin revient sur lui-même.

Midi 30. La dilatation est de 5 francs, les bords de l'orifice utérin s'œdématisent, les bruits du cœur sont bons.

2 heures soir. M. Mouchotte examine la femme et trouve que la fontanelle antérieure occupe toujours le centre de l'excavation. La poche des eaux étant rompue, il est facile d'explorer le promontoire derrière la portion frontale qui pointe dans l'aire du détroit supérieur. Le promontoire est accessible. La première vertèbre sacrée est saillante. L'orifice s'œdématie de plus en plus et l'œdème remonte

sur le segment inférieur. Les contractions régulières, bloquent la tête *en présentation persistante du front*.

Le liquide est vert purée, les bruits du cœur bons.

M. le professeur Pinard mis au courant de la situation donne l'ordre de pratiquer une opération césarienne conservatrice.

4 heures soir. La femme a la poche des eaux rompue depuis 11 heures 30 du matin. Le liquide est vert purée, la tête est de plus en plus bloquée en présentation persistante du front. Il existe de l'œdème sus-pubien.

Intervention pratiquée suivant le manuel opératoire ordinaire.

Le segment inférieur est très œdématié et l'œdème remonte sur tout le tiers inférieur de l'utérus. L'enfant, vivant, est extrait recouvert de méconium. Le placenta est facilement décollé. Seules les membranes adhèrent fortement, quelques morceaux de la caduque restent attachés sur le segment inférieur (placenta bordé, Chateaubriand).

5 points de suture isolés. Drain n° 40. Fermeture en deux plans.

L'enfant pèse 3.250 grammes après avoir rendu son méconium.

Diamètres de la tête fœtale :

OM.	13	BIP.	9.2
OF.	12	BIT.	7.5
SOF.	10.5	SMB.	10.6
SOB.	11.4		

Le lendemain de l'intervention la femme présente de la dyspnée. La température est de 38°2, le pouls est 124.

Puis le ventre se ballonne. La température après avoir atteint 39°4 le deuxième jour, descend et oscille de 38 à 39, le pouls est autour de 140. Urines rares, on fait prendre de la théobromine à l'opérée. Injection de sérum artificiel, café, lait, digitale.

2 décembre. — La femme a de l'agitation, du délire, des vomissements.

4. — Mort de la femme.

L'enfant est sorti vivant.

CHAPITRE II

L'ENFANT EST MORT

Nous avons supposé jusqu'ici que dans tous les cas que nous avons envisagés l'enfant était vivant. Malheureusement il n'en est pas toujours, ou plus exactement il n'en était pas toujours ainsi. Nous avons vu, en effet, précédemment que depuis l'apparition de la symphyséotomie la mortalité fœtale avait diminué dans des proportions considérables et que la pratique plus récente de l'opération césarienne abaisse encore le taux de la mortalité en permettant d'intervenir à n'importe quel moment du travail.

Avant 1894 la mort du fœtus reconnaissait le plus souvent pour cause les interventions intempestives mais les seules pratiquées alors : la version podalique et l'application de forceps.

La vie de l'enfant n'est pas en effet plus exposée dans les présentations du front que dans les autres, la présentation eutocique exceptée ; la procidence du cordon, par exemple, qui est fréquente est commune à tous les cas de non-accommodation pelvienne.

Les cas de mort d'enfant que nous ayons à enregistrer sont observés chez des femmes qui n'ont pas été suffisamment surveillées pendant le travail, ou qui n'ont pu bénéficier d'une intervention opportune.

Que reste-t-il à faire dans ces malheureuses circonstances, *quand l'enfant est mort* ? A extraire le plus rapidement pos-

sible de la cavité utérine l'enfant qui ne peut être alors considéré que comme un corps étranger susceptible de déterminer les accidents les plus terribles. L'intervention de choix, comme dans tous les cas de mort du fœtus, sera la basiotripsie, quelle que soit la situation de la tête fœtale.

En agissant ainsi on détermine le minimum de traumatisme chez la mère et on prévient la physométrie, qui se développe si rapidement après la mort du fœtus.

Quand la tête n'est pas engagée et lutte contre le bassin osseux, la basiotripsie permet enfin d'éviter la rupture utérine dont l'œdème de l'orifice et du segment inférieur, noté dans plusieurs cas, est le signe précurseur.

Cette intervention permet de sauver la vie de bien des femmes.

Les 2 cas de mort que nous relatons ne sont pas imputables à la basiotripsie. Dans l'observation 30 la mort fut causée par une rupture utérine consécutive à des tentatives de déflexion et de version céphalique. Dans l'observation 35 le vagin était dilacéré de toutes parts et il existait de la physométrie avant l'intervention.

Mais on a de moins en moins besoin de recourir à ces interventions. Sur 8 basiotripsies pratiquées dans le service de M. le professeur Pinard sur des enfants morts se présentant par le front 5 de ces interventions furent faites de 1882 à 1893.

Depuis cette époque jusqu'en 1908, nous n'en voyons que 3 cas. Tous ces cas furent observés chez des femmes amenées de ville après avoir subi des multiples applications de forceps infructueuses ayant tiré le fœtus. La diminution du nombre de ces cas malheureux s'accroîtra encore avec les progrès de l'éducation médicale et la connaissance des avantages pro-

curés par la pratique de la symphyséotomie ou de la césarienne.

Nous sommes donc en droit d'espérer que la mortalité fœtale déjà si faible pourra devenir nulle, chez les femmes suffisamment surveillées et se trouvant dans des conditions telles que l'intervention de choix puisse être rapidement pratiquée.

Obs. 28 (Résumée in communication WALLICH,
Société O. G. P., janvier 1902).

Mich..., Ipare. Entre à la clinique Baudelocque après six tentatives d'application de forceps en ville. Bassin mesurant 10.2 de promonto-sous-pubien. Basiotripsie par M. Varnier. Vingt heures de travail.

Enfant pesant 2.070 grammes sans matière cérébrale.

Mère sortie vivante.

Obs. 29 (Résumée in communication WALLICH).

Ment..., Ipare. Arrive à la clinique Baudelocque après plusieurs tentatives infructueuses de forceps. Promontoire accessible. Basiotripsie par M. Pinard sur enfant mort et putréfié pesant 4.600 grammes sans substance cérébrale.

Six jours de travail.

Mère sortie vivante.

Obs. 30 (Résumée in communication WALLICH).

Decoub..., Ipare. Bassin normal. Arrive à dilatation complète, huit heures après son entrée. M. Auvard, remplaçant de M. Pinard, tente une application de forceps sans succès. Tentative de déflexion, tentative de version podalique. Basiotripsie, enfant mort et putréfié pesant 3.040 grammes sans substance cérébrale. Rupture utérine, 57 heures de travail.

Mère morte.

Obs. 31 (Résumée in communication WALlich).

Beiss..., IXpare. Bassin mesurant 9.7 de diamètre promonto-sous-pubien. Plusieurs tentatives infructueuses de forceps en ville et à l'hôpital, procidence du cordon. M. Pinard fait une craniotomie et une céphalotripsie sur un enfant mort pesant 2.630 grammes, sans substance cérébrale. 22 heures de travail. Mère guérie.

Obs. 32 (Résumée in communication WALlich).

Jouvell..., IIIpare. Deux enfants vivants à terme s'étant présentés par le sommet. Bassin promonto-sous-pubien 10.2. Deux tentatives infructueuses d'application de forceps. Céphalotripsie. 36 heures de travail. Mère guérie.

Obs. 33 (312 de 1903). — *Présentation du front. — Tentatives de forceps faites en ville. — Basiotripsie. — Délivrance artificielle.*

R. C..., 25 ans. Ipare, ayant eu ses dernières règles du 3 au 8 mai, entre à la clinique Baudelocque le 20 février à 1 heure du soir, en travail depuis 1 heure du matin. La hauteur utérine est de 37 centimètres.

Application infructueuse de forceps à dilatation complète (?) avant son arrivée.

Présentation du front. Dos à gauche, les bruits du cœur ne sont pas perçus, le col incomplètement effacé est déchiqueté, ouvert comme 2 francs, bosse séro-sanguine volumineuse.

Dilatation de 5 francs. Le 21 février, 11 h. du matin, même état, M. Couvelaire fait une basiotripsie. Extraction d'un enfant pesant 2.950 grammes sans substance cérébrale. Délivrance artificielle.

Mère sortie en bon état.

Obs. 34 (657 de 1905). — *Présentation du front. — Procidence du pied droit. — Tentative de version et d'application de forceps infructueuses faites en ville. — Application de forceps et basiotripsie.*

L. E..., 28 ans. IIIpare. Premier accouchement, application de

forceps, enfant vivant. Deuxième, spontané, neuvième mois. Enfant vivant.

Dernières règles, 10-18 juillet. Les contractions utérines douloureuses apparaissent le 30 avril à 8 heures du matin.

Midi. Tentatives infructueuses de version par manœuvres internes et d'application de forceps.

On constate à son arrivée une hauteur utérine de 39 centimètres. Présentation de l'extrémité céphalique non fléchie. Dos à droite.

Bruits du cœur irréguliers.

Œdème des parties molles maternelles, déchirure de la commissure postérieure de la vulve. Le pied droit du fœtus est dans le vagin, l'orifice utérin est dilaté comme une grande paume de main. La région fœtale qui se présente est recouverte d'une volumineuse bosse séro-sanguine, on atteint à bout de doigt la fontanelle antérieure au centre du bassin, la racine du nez et les arcades orbitaires. Le bassin paraît grand.

La femme est agitée. Malgré l'évacuation de la vessie le ventre prend l'aspect à deux étages. Craignant une rupture utérine, M. Sauvage intervient, la dilatation étant complète, prudente tentative d'application de forceps, les tractions lentes ne permettent pas de faire descendre la tête. Les bruits du cœur ne sont plus perçus.

Basiotripsie. Extraction d'un enfant pesant 3.850 grammes.

Délivrance artificielle.

La mère en bon état.

Obs. 35 (1075 de 1908). — *Présentation du front. — Six tentatives infructueuses de forceps en ville. — A l'arrivée 38^o1, pouls 134. — Physométrie. — Etat général grave. — Basiotripsie par M. Mouchotte. — Délivrance artificielle par Mlle Roze. — Irrigation continue. — Mort.*

B. B..., 26 ans, primipare.

Dernières règles du 9 au 15 septembre. Cette femme consulte plusieurs fois pendant sa grossesse une sage-femme, qui ne trouve pas d'albumine dans les urines, mais qui, en raison de la bouffissure

de la face, des mains et de l'œdème considérable des membres inférieurs, impose par précaution le régime lacté dans les deux derniers mois de la grossesse.

Apparition des premières contractions utérines douloureuses le 26 juin à 8 heures du matin.

Le 27 juin au matin, le travail n'avancant pas, la sage-femme appelle un médecin, qui constate une présentation de la face et pratique *six applications de forceps* sans aucun résultat ; c'est alors qu'il envoie cette femme à la Clinique Baudelocque.

La femme est amenée en ambulance, le 27 juin à 9 heures du matin. La sage-femme de garde constate ce qui suit : facies pâle, lèvres décolorées, cyanosées, pouls 134, T. 38°1. Hauteur utérine 38 centimètres.

Palper : tête en bas, dos à gauche ; contractions utérines rares.

Auscultation : bruits du cœur sourds à 80 et 90.

Toucher : Vulve œdématisée et déchirée jusqu'au voisinage de l'anus, le vagin présente de nombreuses déchirures, c'est une véritable bouillie. L'orifice utérin est déchiqueté. Mlle Roze pratique le toucher et fait le diagnostic de présentation du front ; le front très œdématisé occupe le centre de l'aire du détroit supérieur ; le nez est à gauche et la bouche largement ouverte mord le détroit supérieur.

Injectons vaginales, grand bain. Sérum antistreptococcique = 40 grammes.

24 juin à 10 heures du matin : Utérus complètement dévié à gauche, à droite masse intestinale météorisée.

Le fond de l'utérus s'est élevé de 5 centimètres (38 cent.-43 cent.), il est sonore à la percussion. Le palper du segment inférieur est infructueux. Auscultation négative. Pouls très faible, 136. Température 38°1. Mlle Roze et M. Mouchotte décident de pratiquer une basiotripsie. A 10 h. 30 du matin la femme est anesthésiée. M. Mouchotte introduit le perforateur du basiotribe dans l'œil antérieur du fœtus, puis applique les deux branches du basiotribe aux deux extrémités du diamètre transverse du bassin ; la tête aplatie est orientée de façon à ramener le nez en avant. Des tractions lentes et soutenues éprouvant de la résistance un second broiement est pratiqué et la tête est

extraite. Abaissement des bras. Extraction d'un enfant pesant 4.530 grammes, sans substance cérébrale et le basiotribe enlevé.

Derrière l'enfant s'écoule une purée de liquide vert, fétide. Mlle Roze pratique immédiatement la délivrance artificielle et explore la cavité utérine; elle perçoit des solutions de continuité multiples au niveau de l'orifice utérin, mais ne paraissant pas profondes. Le vagin est largement intéressé.

A ce moment, la femme dont le poulx s'était progressivement élevé au cours de l'intervention a un poulx filiforme. Elle est très pâle. On lui fait 1.500 grammes de sérum salin, puis éther, caféine. Tamponnement vaginal.

La femme est réchauffée. Son état général se relève. On lui fait plusieurs injections d'huile camphrée que l'on renouvelle dans le courant de la journée. Inhalations d'oxygène.

Poids du placenta : 600 grammes. Membranes : 34/6.

6 heures soir. Poulx, 160. Température, 38°5. Météorisme considérable. Pendant toute la nuit, la femme est très agitée. Champagne, eau stérilisée. Le poulx oscille entre 130 et 160. Vomissements noirs.

28 juin, 9 heures matin. Température, 37°8. Poulx, 130. Ballonnement considérable du ventre. Une sonde rectale est placée. Huile camphrée. Urines dans les 24 heures, 500 grammes.

4 heures soir. Sérum antistreptococcique, 80 grammes. Sérum salin, 500 grammes. Huile camphrée. Température, 37°6. Poulx, 134. Le ventre est plus volumineux que dans la matinée. Un lavement de vin ne ramène pas de matières. Lait. Eau de Vichy.

29 juin, 11 heures matin. M. Pinard fait mettre la femme à l'irrigation continue et prescrit du café noir.

Midi. Poulx, 140. Mlle Roze place la sonde intra-utérine dans l'utérus. Les anses intestinales se dessinent sous la paroi abdominale.

1 heure soir. Température, 39°2. Poulx, 120. La femme urine un peu. Vomissements noirs.

2 heures soir. Température, 39°4. Pouls, 124. Agitation extrême. Oxygène. L'état général devient de plus en plus mauvais.

3 h. 15 soir. La femme succombe.

AUTOPSIE. — Utérus intact. Déchirures vaginales multiples. Une déchirure à gauche communique avec le tissu cellulaire péri-rectal, siège d'un hématome.

CONCLUSIONS

Nos conclusions seront celles que notre maître M. le professeur Pinard a formulées dans ses leçons cliniques concernant la Thérapeutique des présentations persistantes du front.

A. — *L'enfant est vivant.*

1° Que la présentation du front soit engagée ou non, si aucun danger ne menace la vie de la mère ou de l'enfant, *s'abstenir de toute intervention* et attendre un accouchement spontané possible.

2° Si un incident maternel ou fœtal survient, compromettant l'existence de la femme ou du fœtus, *recourir à une intervention* qui variera suivant que la présentation du front est engagée ou non.

a) *Dans la présentation du front engagé*, les conditions nécessaires existant, l'extraction fœtale sera faite par *application du forceps*.

b) *Dans la présentation du front non engagé*, quel que soit le degré de la dilatation, on aura recours à *la voie haute* (opération césarienne).

La symphyséotomie n'étant possible qu'à la dilatation complète sera avantageusement remplacée par l'opération césarienne.

B. — *L'enfant est mort.*

Si l'enfant est mort, pratiquer la *basiotripsie* quand la dila-

tation est suffisante, que la présentation du front soit engagée ou non.

Si la dilatation étant nulle ou insuffisante on se trouvait en présence de complications infectieuses menaçantes, il faudrait recourir à l'*opération de Porro*.

Vu :
Le doyen,
LANDOUZY.

Vu :
Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
DIVISION DU SUJET	11
PREMIÈRE PARTIE. — Définition. Théories	13
§ 1 ^{er} . — Définition	13
§ 2. — Théories et mécanisme	14
DEUXIÈME PARTIE. — Thérapeutique.	27
CHAPITRE PREMIER. — <i>L'enfant est vivant</i>	27
§ 1 ^{er} . — La tête fœtale est engagée	31
§ 2. — La tête fœtale n'est pas engagée.	48
CHAPITRE II. — <i>L'enfant est mort</i>	85
CONCLUSIONS	93

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).
